MINISTERUL ÎNVĂȚĂMÎNTULUI

EMIL VERZA

PSIHOPEDAGOGIE SPECIALĂ

Manual pentru clasa a XIII-a, școli normale

EDITURA DIDACTICA ȘI PEDAGOGICĂ, R.A. – BUCUREȘTI, 1993

Manualul a fost elaborat in anul 1992 şi reeditat in anul 1993.

ISBN 973-30-2659-X

Redactor: **Emil Candel**
Tehnoredactor: **Lăţa Mircea**
Grafica: **Dumitru Smalenic**

Coli de tipar: 7,500
Bun de tipar:
Nr. plan: 39 299
Ediţia: 1993

Tiparul executat la:
Imprimeria „ARDEALUL" Cluj
B-dul 22 Decembrie nr. 146
România
Comanda nr. 3/1993

Capitolul I

OBIECTUL ŞI METODELE PSIHOPEDAGOGIEI SPECIALE. LOCUL PSIHOPEDAGOGIEI SPECIALE ÎN CADRUL ŞTIINŢELOR PSIHOPEDAGOGICE

Ştiinţele psihologice şi pedagogice au cunoscut un avînt însemnat în a doua jumătate a secolului trecut şi în prima parte a acestui secol. S-au constituit noi domenii şi s-a pus un accent tot mai mare pe caracterul aplicativ, pornind de la nevoia de cunoaştere a copilului şi evaluare a capacităţilor psihice, în vederea adoptării unor strategii eficiente pentru optimizarea procesului instructiv-educativ. S-a acreditat ideea că diferenţele psiho-fizice dintre copii şi modalităţile specifice de activitate impun o organizare ierarhizată şi diferenţiată a educaţiei şi intervenţiilor care să valorifice maximal dezvoltarea potenţialului uman. Probleme cu semnificaţii deosebite le creează copiii handicapaţi, a căror instrucţie şi educaţie trebuie să se subordoneze scopului corectiv-recuperativ şi integrativ socio-profesional. Din aceste necesităţi s-au constituit domeniile psihopedagogiei speciale care cunosc azi o diversificare şi dezvoltare profundă, ce se raportează la fiecare categorie de handicap.

1. OBIECTUL ŞI LOCUL PSIHOPEDAGOGIEI SPECIALE ÎN CADRUL ŞTIINŢELOR PSIHOPEDAGOGICE

Psihopedagogia specială sau defectologia este o ştiinţă psihopedagogică ce se ocupă de persoanele handicapate, de studiul particularităţilor psihice, de instrucţia şi educaţia lor, de evoluţia şi dezvoltarea lor psihică, de modalităţile corectiv-recuperative pentru valorificarea potenţialului uman existent şi formarea personalităţii acestora în vederea integrării socio-profesionale cît mai adecvate. Aşadar, conturarea domeniului depăşeşte cadrul teoretic şi are profunde implicaţii practic-aplicative în care educaţia, instrucţia, recuperarea şi integrarea se constituie ca activităţi de intervenţie specială care să conducă la dezvoltarea de comportamente şi disponibilităţi necesare inserţiei sociale. Prin investigaţii şi studii aprofundate s-au elaborat metodologii corectiv-recuperative specifice fiecărei categorii de handicap şi ra-

portate la gravitatea acestuia, la forma de manifestare, la vîrsta subiectului, la posibilitățile de compensare și valorizare a structurilor persoanei. De aici rezultă că preluarea, chiar și simplificată, a unor metode și tehnici utilizate în procesul instructiv-educativ al copiilor normali nu numai că este dificilă, dar și-a dovedit în repetate rînduri ineficiența la handicapați. Activitatea cu copiii handicapați a demonstrat necesitatea unor demersuri specializate în care practica școlară a impus programe și manuale adaptate la obiectivele învățămîntului special. Reușitele sînt cu atît mai semnificative cu cît în activitățile respective sînt antrenate toate instituțiile preșcolare și școlare speciale care dispun de scopuri clare de moment și de perspectivă, la care să-și aducă contribuția întregul personal. Este o menire încărcată cu evidente rezonanțe umaniste, ce se manifestă prin exprimarea grijii față de o categorie de oameni nedreptățiți de soartă. Specialiștii în psihopedagogia specială au creat o atmosferă de larg interes pentru toate categoriile de handicapați și au investigat o serie mare de probleme ce au condus la diversificarea domeniilor științei. Astfel, în ultimii ani au fost realizate progrese însemnate nu numai în domeniul științelor psihopedagogice, dar și într-o serie de domenii adiacente, cum ar fi: biologia, fiziologia, medicina, lingvistica, ceea ce a făcut posibilă o colaborare de pe poziții diferite în terapia și educația handicapaților. Așa s-a dezvoltat oligofrenopsihologia și oligofrenopedagogia ce studiază aspectele psihologice ale handicapaților de intelect, precum și de psihodiagnoză, de instruire, educare, recuperare și de integrare a acestora în viața socială; surdopsihologia și surdopedagogia abordează problematica psihologică și pedagogică a activității psihice a persoanelor cu handicap de auz; tiflopsihologia și tiflopedagogia își delimitează preocupările psihologice și pedagogice la deficienții de vedere; logopedia are în atenție studiul limbajului, prevenirea și terapia corectivă a tulburărilor de limbaj, iar psihopedagogia specială a handicapaților fizici (locomotori) și de comportament se ocupă cu întreaga problematică a deficienților locomotori, restabilirea funcțiilor restante, compensarea funcțiilor alterate și formarea deprinderilor comportamentale adaptiv-integrative și înlăturarea unor devianțe comportamentale.

În vederea înțelegerii scopurilor fiecărui domeniu, în continuare le vom trata distinct, acordînd o atenție deosebită metodologiei corectiv recuperative și direcțiilor specifice activității instructiv-educative din grădiniță și școală. De asemenea, vom analiza particularitățile psihoindividuale și evoluția acestora în funcție de tipul de handicap, de condițiile de mediu, de etiologia ce determină astfel de stări critice și de posibilitățile recuperativ-integrative care contribuie la fixarea activităților adaptative ale subiecților handicapați.

2. DELIMITĂRI CONCEPTUALE

În psihopedagogia specială (defectologie) sînt utilizaţi o serie de termeni cărora li se acordă, în principiu, acelaşi sens şi semnificaţie. Diferenţele de la un autor la altul privesc nu atît conţinutul termenilor cît, mai cu seamă, nivelul de extindere asupra întregului domeniu sau de referinţă la toate categoriile de indivizi care prezintă abateri de la standardul de normalitate. Conceptului de normalitate i se acordă, pe de o parte, o semnificaţie generală ce ia în consideraţie întreaga dezvoltare psihofizică a persoanei, iar pe de altă parte, una particulară, care circumscrie o trăsătură sau un grup de însuşiri (fizice, senzoriale, caracteriale, intelective etc.). Sînt considerate ca fiind normale acele persoane care au o dezvoltare medie şi manifestă capacităţi de adaptare echilibrată la condiţiile mediului înconjurător. Pentru a putea fi apreciate, persoanele respective sînt raportate la grupuri de aceeaşi virstă şi cu acelaşi standard cultural. Abaterile de la acestea, peste o anumită toleranţă, negative sau pozitive, sînt considerate anormale. Astfel, caracteristicile diferitelor categorii de handicapaţi ca şi cele ce duc la disponibilităţi superioare se subsumează conceptului de *anormalitate*. Dar în accepţiunea cotidiană, acesta are o încărcătură predominant negativă. Ca atare, anormalitatea are un conţinut larg şi se referă la toţi indivizii cu insuficienţe sau retard în dezvoltare ca şi la cei cu abateri comportamentale, cum sînt delincvenţii şi caracterialii, la bolnavii psihici, la cei care se află în stare critică din punct de vedere senzorial, locomotor, de limbaj şi de intelect. Din acest punct de vedere, conceptul de anormalitate este frecvent înlocuit de cel de *subnormalitate*. Numai că şi acesta nemulţumeşte prin caracterul său prea general şi, ca şi primul, prin semnificaţia traumatizantă ce i se poate acorda. Totuşi, el este folosit pentru indivizii care au o dezvoltare şi evoluţie normală sau pentru cei care necesită condiţii speciale cu caracter educativ-recuperativ în vederea inserţiei sociale.

În opoziţie cu subnormalitatea apare conceptul de *supranormalitate*, în care sînt încadrate toate persoanele ce manifestă capacităţi deosebite şi realizează acţiuni ce presupun o supradotaţie. Se consideră ca fiind riscant, atît în plan psihologic, cît şi social să etichetezi copiii cu termenul de supranormali, deoarece este dificil de evaluat astfel de capacităţi, iar cei ce intră sub această incidenţă pot deveni infatuaţi, egoişti, capricioşi, izolaţi ş.a.m.d. Trebuie, desigur, subliniat că există o categorie de copii ce manifestă posibilităţi şi disponibilităţi psihofizice care necesită condiţii deosebite pentru valorificarea lor maximală.

În mod obişnuit, subnormalitatea este sinonimă cu *deficienţa* şi se apreciază că defineşte cu mai mare exactitate pierderea sau deficitul unor funcţii ori chiar a unui organ ce defavorizează desfăşurarea activităţii. Dar şi acest termen are o rezonanţă traumatizantă, fapt pentru

care conceptul de *handicap* pare mai adecvat, deși menține afirmarea deficitului. Noi vom folosi cu precădere acest din urmă termen, căruia îi conferim o accepțiune similară celui de deficiență la care vom face apel, mai des, din motive stilistice. *Facem, totuși, sublinierea că, strict științific, deficiența se referă la afecțiunea fizică sau organică ce determină o stare critică în plan psihologic, iar handicapul, fără a exclude asemenea destructurări, accentuează consecințele, dificultățile de adaptare la mediu și ia în considerație și stările critice ce apar prin educație deficitară, condițiile de mediu ce defavorizează evoluția normală, perturbările funcționale sau destructurarea lor, inadaptările, obișnuințele și comportamentele neadaptative, întîrzierile, retardurile și privațiunea temporară de o funcție etc.*

Cu o frecvență mult mai mică este folosit termenul *excepție* sau *excepțional* ce se aplică, în egală măsură, și persoanelor care manifestă capacități deosebite pentru un domeniu ori altul de activitate. Imprecizia este evidentă și cuprinde o gamă prea variată de manifestări ce nu sînt sugerate de conținutul termenului. O situație similară se referă și la termenii de *retardați, înapoiați, întîrziați, dificili* sau cu *dificultăți, neadaptați* sau *inadaptați, tulburare* etc., care se găsesc sporadic în unele lucrări și au o poziție de sinonimie cu conceptul de handicap. În același timp, semnalăm utilizarea și a altor termeni pentru fiecare categorie de handicapați. Aceștia au o accepțiune mai restrînsă și de cele mai multe ori se referă la un nivel dat al categoriei de handicapați. Asupra unora din ei vom mai reveni pe parcursul analizei ce o vom face în toate cazurile de prezentare a stărilor de handicapare.

3. METODELE PSIHOPEDAGOGIEI SPECIALE

Psihopedagogia specială — ca știință de graniță între psihologie și pedagogie — se folosește, în egală măsură, de metodele acestor științe, dar le imprimă un caracter specific domeniului respectiv, în funcție de tipul de handicap studiat, de gravitatea acestuia, de evidența unor handicapuri asociate ș.a. Astfel, pentru handicapații de auz, pentru cei cu dificultăți de vorbire, metodele bazate pe probe nonverbale și pe studiul unor comportamente practic-acționale pot duce la surprinderea pertinentă a caracteristicilor activității psihice în comparație cu acele tehnici în care sînt implicate construcții verbale; pentru handicapații de vedere se vor evita metodele care se bazează exclusiv pe stimuli vizuali, iar la handicapații motor și de comportament se utilizează metode și tehnici combinate. Ca urmare, cel mai frecvent sînt folosite următoarele metode:

a) *Observația*, care are ca scop culegerea unor date cu privire la comportamentul handicapaților, caracteristicile și evoluția lor psihică, formarea deprinderilor de activitate și a aptitudinilor intelectuale, acumularea de cunoștințe și de experiențe recuperative pentru inserția socio-pro-

fesională. *Observația* are avantajul de a permite studiul subiectului în condițiile normale (obișnuite) de activitate și evită situațiile artificiale. Dar, pentru a fi cît mai eficientă, cercetătorul trebuie să-și fixeze dinainte cadrul în care se desfășoară observația, scopul urmărit și să-și noteze, sub formă de protocoale, datele rezultate pe care să le prelucreze ulterior. Pe cît este posibil, să se apeleze la mijloace tehnice de înregistrare (casetofoane, camere de luat vederi etc.). Oricum, subiectul nu trebuie să știe că este observat în mod special, pentru a-l feri de impactul cu unele modalități neobișnuite de activitate și de elaborare a răspunsurilor la variabile neprevăzute.

b) *Experimentul* are două variante: *natural* și *de laborator*. Experimentul natural se desfășoară prin introducerea unor stimuli suplimentari în activitatea derulată de subiect la care se solicită răspuns sau prin organizarea unor activități (ludice, de învățare, de formare a deprinderilor practice) în care apar variabile diferite ce îl pun pe subiect în situații deosebite. Spre exemplu, experimentul psihopedagogic răspunde acestor cerințe și își dovedește utilitatea mai cu seamă în procesul instructiv-educativ, cînd se pot preda unele cunoștințe prin metode mai puțin obișnuite pentru a le verifica eficiența sau prin introducerea unor concepte abstracte la o anumită disciplină pentru a vedea în ce măsură copiii le înțeleg și au posibilitatea să le integreze în sisteme operative ale muncii intelectuale. În schimb, experimentul de laborator imprimă o notă de precizie mai mare pentru că, așa cum îi spune numele, se realizează în laboratoare dotate cu aparatură specială de creare a unui cadru stimulativ și de înregistrare a reacțiilor subiectului.

c) *Testele* au o mare răspîndire și ele se împart în *verbale* și *neverbale*. Pentru unele categorii de handicapați, cum sînt surdomuții, cei cu handicap sever de intelect, testele neverbale bazate pe simboluri imagistice sau pe asamblări de obiecte sînt singurele edificatoare. Testele verbale operează cu cuvinte și cifre, ceea ce presupune o oarecare capacitate de a utiliza simboluri verbale. Sînt de preferat probele etalonate sau standardizate. Unele din acestea se pot aplica colectiv, iar altele, individual și sînt adaptate la nivelul vîrstei. În general, testele vizează o însușire, o funcție sau un proces psihic și nu ansamblul psihismului uman. Trebuie să subliniem faptul că nu toate testele ce se aplică la persoanele normale pot fi utilizate și la handicapați, deoarece unele depășesc nivelul lor de înțelegere și capacitatea de a elabora răspunsuri apropiate de cerințele probei. Acesta este și motivul pentru care mulți specialiști au elaborat sau adaptat teste specifice condiției handicapatului.

d) *Conversația*, deși se desfășoară cu dificultate la unele categorii de handicapați, prezintă avantajul că aceștia nu pot simula sau masca unele comportamente, sînt mai sinceri și manifestă un oarecare infantilism în elaborarea răspunsurilor. Important este să se folosească un limbaj adec-

vat nivelului de înțelegere și o formă ce poate fi receptată de subiecți (limbajul gestual sau al dactilemelor pentru surdomuți, limbajul verbal însoțit de un material ilustrativ adecvat care să stimuleze înțelegerea și verbalizarea pentru handicapați de intelect ș.a.m.d.).

e) *Analiza produselor activității* se raportează la nivelul de pregătire al subiecților, la stadiul formării deprinderilor și obișnuințelor în diferitele forme de activitate, la metodologia corectiv-recuperativă adaptată în educația specială. Aceste produse ale activității pot constitui nu numai mijloace de cunoaștere, dar și psihodiagnoză (este și cazul desenului, al produsului grafic în general).

f) *Anamneza* este foarte importantă pentru stabilirea momentului producerii handicapului și a cauzelor acestuia, pentru studiul evoluției subiectului și al momentelor mai importante din viața sa. În realizarea acestei forme vor avea loc discuții cu părinții, cu rudele, cu cei din anturajul handicapatului și evident, acolo unde este cazul, se iau în considerație propriile sale relatări.

Se știe că sînt și alte metode utilizate în psihopedagogia specială, dar le-am reținut pe cele mai eficiente și cu o întrebuințare mai frecventă. De remarcat că în multe studii se apelează la metode diferite sau la o combinare a acestora pentru a putea cuprinde complexitatea unor fenomene psihice. Pe baza acestora se poate efectua *analiza de caz*, ce se realizează prin studiul subiectului cu ajutorul mai multor probe și prin observarea comportamentului în diverse ipostaze. În cadrul analizei de caz se iau în considerație toate datele personale ale individului, începînd de la cele familiale și de etiologie a handicapului, ajungînd la evidențierea principalelor caracteristici psihice și terminînd cu un profil psihologic în care să se sublinieze diagnosticul și prognosticul evoluției probabile pe scurtă și lungă durată. (fig. 1.)

Pentru a facilita un astfel de demers se va folosi fișa psihopedagogică (ce o vom analiza în capitolul următor) adaptată la condiția handicapaților și care are o rubricație ce permite surprinderea în ansamblu a vieții psihice și comportamentale.

TEME DE CONTROL

1. Definiți obiectul psihopedagogiei speciale și analizați importanța teoretică și practică a preocupărilor științifice în domeniul respectiv.
2. Delimitați principalele concepte cu care se operează în psihopedagogia specială.
3. Descrieți metodele și analizați specificul acestora în psihopedagogia specială.

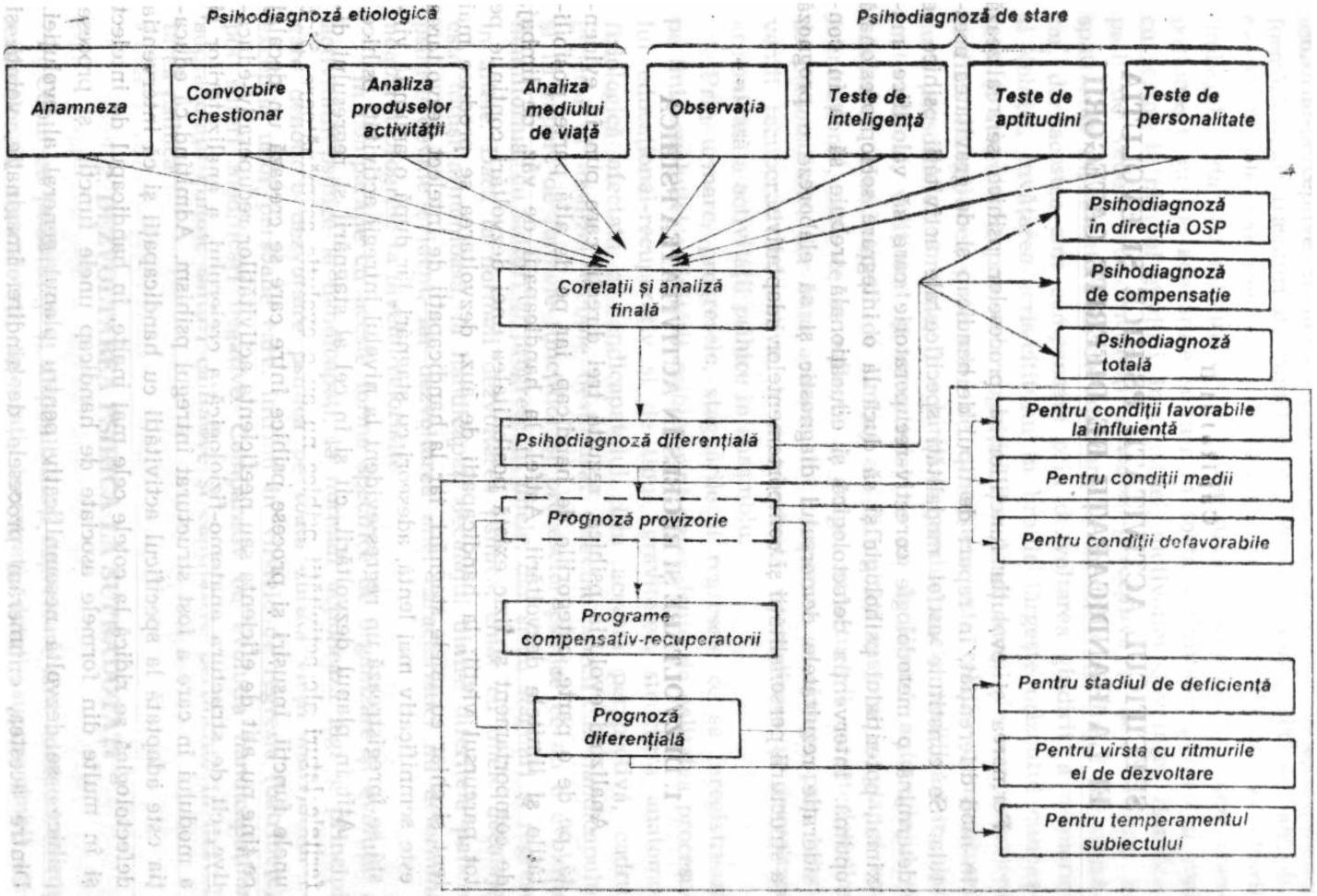

Fig. 1. Schema psihodiagnozei și prognozei

SPECIFICUL ACTIVITĂȚII PSIHICE ȘI EVOLUȚIA EI LA HANDICAPAȚII DE DIFERITE CATEGORII

Formarea și evoluția funcțiilor și proceselor psihice se realizează în mod diferențiat, în raport de tipul de handicap și de gravitatea acestuia. Se constituie astfel modalități specifice ale activității psihice ce determină o metodologie corectiv-recuperatorie care să valorifice, maximal, potențialul psihologic și să ducă la o integrare socioprofesională optimă. Intervenția defectologică și educațională trebuie să ia în considerație rezultatele demersului diagnostic și să elaboreze o prognoză a structurii personalității și comportamentelor adaptative.

1. DEZVOLTARE ȘI REGRES ÎN ACTIVITATEA PSIHICĂ

Analizînd evoluția psihică, rezultă trei direcții care pun în evidență, pe de o parte, categoriile de handicap, iar pe de altă parte, posibilitățile și limitele dezvoltării. Astfel, la handicapații de văz, de limbaj, de comportament și fizic există posibilitatea unei dezvoltări continue pe tot parcursul vieții; la handicapații de auz, dezvoltarea se produce mai lent și chiar cu unele stagnări, iar la handicapații de intelect dezvoltarea este semnificativ mai lentă, adeseori cu stagnări, iar după o anumită vîrstă se înregistrează un regres evident la nivelul întregii activități psihice.

Atît în planul dezvoltării, cît și în cel al stagnării și regresului diferitele laturi ale activității psihice nu au o evoluție asemănătoare. Sînt unele funcții, însușiri și procese psihice între care se creează un decalaj ce ține nu atît de eficiența sau neeficiența activităților recuperativ-educative, cît de structura anatomo-fiziologică a creierului, a analizatorilor și a modului în care a fost structurat întregul psihism. Admițînd că educația este adaptată la specificul activității cu handicapații și că intervenția defectologică se ridică la cotele cele mai înalte, în handicapul de intelect și în multe din formele asociate de handicap unele funcții și procese psihice se dezvoltă nesemnificativ pentru planul general al evoluției. Dintre acestea, enumerăm procesele de gîndire, imaginație, voință și funcțiile de creativitate, algoritmice și euristice, de calcul mental, de

generalizare și abstractizare ș.a. Mai puțin afectate sînt modalitățile senzorial-perceptive și mnezice, afectele, dispozițiile, disponibilitățile formării unor trăsături de caracter etc. Pentru handicapații de auz, dificultățile cele mai pregnante țin de planul comunicării și al dezvoltării limbajului, dar pe măsură ce se înregistrează progrese în acest comportament au loc adevărate salturi în toată activitatea psihică și mai cu seamă la nivelul gîndirii, imaginației, motivației și voinței. Handicapații de vedere au dificultăți senzorial-perceptive și de orientare în spațiu, de reprezentare și de adaptare la condițiile mediului înconjurător, dar acestea sînt compensate prin dezvoltarea gîndirii, a memoriei și voinței. Învățarea scris-cititului în braille lărgește orizontul cunoașterii și stimulează procesele cogniției. La handicapații de comportament și fizic integritatea proceselor de cunoaștere este relativ asemănătoare cu a persoanelor normale, în schimb se produc unele modificări în plan motivațional, volițional și caracterial ce nu facilitează autoreglajul și adaptarea. Handicapații de limbaj au dificultăți majore în planul comunicațional, ceea ce se reflectă și asupra structurării caracteristicilor de personalitate, dar cum acestea sînt temporare se ajunge, prin intervenții recuperativ-educative, la o adevărată normalizare și dezvoltare armonioasă a activității psihice în ansamblu.

Prin urmare, progresele, stagnările și regresele ce se înregistrează pe linia evoluției activității psihice sînt dependente de calitatea procesului educațional-recuperativ și de tipul, gravitatea, structura anatomo-fiziologică afectată a handicapatului. Din această perspectivă, cadrul general al analizei trebuie desfășurat relevînd specificul handicapului și în raport de formele funcțiilor și proceselor psihice ce au o evoluție neuniformă, cu salturi și progrese în unele, dar și cu stagnări și regrese în altele. Dacă la normali dezvoltarea psihică, chiar cu unele decalaje, este totuși armonioasă, la handicapați decalajul dintre diferitele paliere psihice devine evident, iar dezvoltarea unei caracteristici nu determină neapărat progrese la nivelul celorlalte.

În comparație cu aceste forme specifice de organizare și evoluție a activității psihice la handicapați, la normali acționează legi și principii care denotă o dezvoltare psihică pe toată durata vieții individului cu excepția unor persoane care, intrînd în vîrstele de regresie (bătrînețe), pot suferi modificări negative. Comparativ cu evoluția handicapaților, supradotații cunosc salturi calitative și cantitative pertinente în dezvoltarea psihică.

2. DEZVOLTAREA PSIHICĂ LA SUPRADOTAȚI

Copiii cu posibilități și disponibilități superioare sînt adeseori numiți excepționali, supradotați, talentați, înzestrați, dotați, supranormali etc., manifestînd abilități deosebite într-un domeniu sau chiar în mai multe.

Aceștia depășesc nivelul inteligenței medii în plan abstract sau în cel practic-acțional și au o capacitate sporită în rezolvarea problemelor, adoptînd soluții creatoare și originale. Inteligența supradotaților determină atît organizarea mentală, cît și cea comportamentală, facilitînd adaptarea la mediu și relaționarea cu acesta. Astfel, un copil supradotat devine productiv și creator în condițiile cînd intelectul său cuprinde dimensiunile de flexibilitate, fluiditate, originalitate, esențializare și autoorganizare-reglare în raport cu realitatea. Asemenea dimensiuni se manifestă în toate formele de inteligență: abstractă, tehnică, motrică și socială. Dar sporirea capacităților și aptitudinilor într-un domeniu sau altul de activitate este în funcție și de condițiile de viață ale individului și de asimilarea experiențelor prin activități de învățare organizată sau spontană. Desigur, inteligența este un factor necesar pentru formarea disponibilităților superioare, dar, pe lîngă aceasta, motivația și voința formează cadrul general atitudinal față de activitate.

Asemenea copii, care posedă capacități și disponibilități deosebite, trebuie depistați de timpuriu și supuși unui program care să stimuleze la maximum posibilitățile lor creative. În acest context este necesar să se adopte un sistem diferențiat al educției, pentru a le crea posibilitatea dezvoltării în raport de structurile superioare ale fiecăruia. Din literatura de specialitate se desprind două puncte de vedere mai deosebite. Primul se referă la ideea selectării copiilor respectivi și constituirea unor clase sau instituții specializate, bazate pe o metodologie care să accelereze procesul instructiv-educativ, iar al doilea la aplicarea unei metodologii pentru toți copiii normali, deoarece învățămîntul este interesat, în egală măsură, să stimuleze întreaga populație școlară și să le formeze o motivație care să permită realizarea performanțelor superioare.

Din perspectiva primului punct de vedere se argumentează că cca. 1—3% din totalul copiilor depășesc media dezvoltării psihice și aceștia trebuie plasați într-un mediu cu o stimulare specială, care să evite blazarea. Pentru a realiza stimularea necesară, în lipsa unor instituții specializate, se poate adopta un sistem de parcurgere a două clase într-un an, de cursuri suplimentare în afara programelor școlare și admiterea devansată în universitate.

Avînd în vedere aceste deziderate, în unele țări funcționează astfel de școli pentru copiii supradotați și se fac eforturi pentru elaborarea de programe speciale. Școli de acest gen au fost create în Germania (1917), în S.U.A. (1918), iar ulterior, în Canada, Cehoslovacia și fosta U.R.S.S. În prezent, funcționează clase sau școli în țări ca S.U.A., Anglia, Germania, Canada, Cehoslovacia, Polonia, Bulgaria, Ungaria, iar în țara noastră au funcționat, sporadic, asemenea clase încă din 1928. În țările unde există școli de acest fel, ele sînt orientate fie spre dezvoltarea unor aptitudini și capacități specifice (matematică, fizică, chimie, biologie,

literatură, limbi străine etc.), fie spre formarea unei culturi generale deosebite.

Admiterea în şcolile respective se poate face de timpuriu, în raport de perioada de manifestare a capacităţilor. Atît clasele, cît şi şcolile specializate trebuie să dispună de o bază materială avansată şi să fie încadrate cu cadre didactice ce posedă o înaltă calificare dublată de folosirea unei metodologii didactice superioare.

Adepţii celui de-al doilea punct de vedere argumentează că şcolile sau clasele separate pentru supradotaţi le creează un sentiment de superioritate, de infatuare, de izolare, iar pentru ceilalţi, care constituie majoritatea, se ajunge la sentimente de inferioritate, de subapreciere etc. Cert este că pînă în prezent nu dispunem de un sistem ştiinţific, fundamentat psihopedagogic, care să imprime procesului instructiv-educativ valenţele necesare pentru stimularea maximă a capacităţilor copiilor excepţionali şi nici de o metodologie care să permită diferenţierea exactă între ereditatea potenţialului şi achiziţiile dintr-un mediu relativ favorabil.

Indiferent de poziţia adoptată, tot mai mult se simte nevoia nu a uniformizării procesului instructiv-educativ, ci a diferenţierii sale în raport de particularităţile psihoindividuale ale copiilor. Numai astfel se evită hazardul şi se pot dezvolta personalităţi pe măsura capacităţilor şi disponibilităţilor fiecăruia.

3. CUNOAŞTEREA ŞI CARACTERIZAREA COPILULUI, CONCRETIZATE ÎN FIŞA PSIHOPEDAGOGICĂ

Dacă pentru copilul normal, modelul cunoaşterii şi caracterizării cu ajutorul fişei psihopedagogice este conturat în manualul de Psihologia copilului şi se fac referiri la acesta în numeroase lucrări, pentru handicapaţi şi copiii instituţionalizaţi se simte o astfel de nevoie în vederea relevării specificului particularităţilor acestora. O fişă psihopedagogică adaptată la situaţiile respective a fost elaborată de noi cu ani în urmă (Revista de pedagogie, nr. 3/1985), timp în care şi-a demonstrat în practică viabilitatea.

Fişa pe care o prezentăm este destinată cadrelor didactice din grădiniţele, şcolile speciale de toate gradele şi casele de copii; ea este menită să dea o formă unitară, chiar şi sumară, cunoaşterii şi caracterizării copilului din aceste instituţii cu caracter deosebit.

Practic, o asemenea fişă imprimă unitate în domeniul psihodiagnozei, evitînd erorile de apreciere a copiilor şi variaţiile de la o şcoală la alta în completitudinea fenomenelor implicate pentru evidenţierea specificului psihocomportamental. Ţinînd seama şi de faptul că pe parcursul procesului instructiv-educativ la unii copii apare necesitatea

de a fi transferați dintr-un tip de școală în altul sau a trecerii de la instituția preșcolară la cea școlară, ca urmare a unor modificări în forma deficienței și a evoluției în vîrsta cronologică și mentală, se impune adoptarea de criterii unitare care să permită luarea în considerație a principalilor parametri în evaluarea și caracterizarea copiilor.

Fișa este concepută astfel decît să poată fi completată atît de specialiști (psihologi, defectologi, pedagogi,) cît și de orice cadru didactic care are experiență în activitatea cu asemenea copii și posedă unele cunoștințe în domeniul psihopedagogiei. Se înțelege că pentru a răspunde la secvențele din fișă, specialiștii vor aplica probe psihologice adecvate, ce vor fi completate cu datele din observațiile obținute în activitatea instructiv-educativă, iar celelalte cadre didactice, de alte specialități, învățători și educatori vor răspunde la întrebări pe baza urmăririi atente a particularităților psihocomportamentale a copiilor și prin consultarea specialiștilor pentru acele probleme care implică aprecieri de finețe. Pentru completarea datelor medicale se va consulta medicul sau fișa medicală a copilului.

Fișa cuprinde opt capitole principale, iar fiecare capitol are mai multe secvențe. Ideea fundamentală care a stat la baza alcătuirii fișei a fost aceea de a surprinde cît mai complet toate aspectele psihofizice și psihopedagogice ce le sînt specifice categoriilor respective de copii. În principal, accentul cade pe acele trăsături psihologice ce îi definesc tipul comportamental și de personalitate al copilului. Imaginea ce se obține despre subiect în urma completării fișei trebuie să permită evaluări asupra comportamentului său viitor și aprecierea posibilităților de integrare socioprofesională.

FIȘĂ PSIHOPEDAGOGICĂ

de cunoaștere și caracterizare a copilului
din grădinițele, școlile speciale (ajutătoare,
de surzi, hipoacuzici, de nevăzători și
ambliopi) și din casele de copii (preșcolari
și școlari)

I. DATE PERSONALE ȘI FAMILIALE

Numele și prenumele . . . . . .
născut în anul . . . . . luna . . . . . .
ziua . . . . . locul . . . . . .
domiciliul . . . . . str. . . . . .
nr. . . . . județul (sectorul) . . . . . .
Numele tatălui . . . . . .

Numele mamei . . . . . Vîrsta
tatălui . . . . . Vîrsta mamei. . . . . Profesia
tatălui. . . . . Profesia mamei . . . . . .
Locul de muncă al tatălui . . . . . .
al mamei . . . . . Fraţi . . . . . .
Surori . . . . . alţi membri ai familiei care
locuiesc cu copilul . . . . . .
. . . . . .
Condiţii de locuit . . . . . .
Relaţiile dintre părinţi . . . . . .
Relaţiile dintre părinţi şi copil . . . . . .
Atitudinea părinţilor faţă de problemele de educaţie ale copilului .
. . . . . .
Condiţiile materiale şi igienico-sanitare . . . . . .

II. DATE CU PRIVIRE LA SĂNĂTATEA ŞI EVOLUŢIA FIZICĂ A COPILULUI

Sarcina . . . . . naşterea . . . . . .
greutatea la naştere . . . . . înălţimea . . . . . .
alimentaţia . . . . . .
Merge susţinut . . . . . .
Merge independent . . . . . .
Boli ale copilului . . . . . .
Boli de care suferă în prezent . . . . . .
Volumul şi varietatea mişcărilor . . . . . .
lateralitatea în mişcări . . . . . învăţarea
mişcărilor . . . . . sinkinezii . . . . . .
abilităţi motorii . . . . . jocuri
motorii . . . . . .
Starea sănătăţii părinţilor şi fraţilor . . . . . .
Starea auzului . . . . . starea vederii . . . . . .
Examen endocrinologic . . . . . .
pediatric. . . . . neuro-psihiatric
. . . . . .

III. EXAMENUL PSIHOLOGIC

A. Activităţi de tip perceptiv-acţional

1) Detectare de obiecte: — cunoscute . . . . . .
— inedite . . . . . .
2) Perceperea relaţiilor dintre însuşiri . . . . . .

3) Relația dintre imaginea perceptivă și denumirea ei . . . . . .
4) Relația dintre imaginea perceptivă și acțiune . . . . . .
5) Spirit de observație . . . . . .
6) Tipuri de percepție predominante . . . . . .

B. Activități de tip reprezentativ simbolic

1) Completitudine și volum . . . . . .
2) Claritate și corectitudine . . . . . .
3) Sistematizare și generalizare . . . . . .
4) Raportul reprezentare-acțiune-cuvînt . . . . . .
5) Tipuri de reprezentări:
   — după analizatori . . . . . .
   — statice . . . . . .
   — cinetice . . . . . .
   — de transformare . . . . . .
6) Forme de reprezentări:
   — matematice . . . . . .
   — fenomene naturale . . . . . .
   — fenomene sociale . . . . . .
   — acțiune . . . . . .
   — activitate . . . . . .

C. Limbajul

1) Volumul vocabularului . . . . . .
2) Semantica — înțelegerea limbajului . . . . . .
3) Structura gramaticală.
   — alcătuirea propozițiilor . . . . . .
   — acorduri gramaticale . . . . . .
4) Caracteristici ale vocii . . . . . .
5) Relația limbă — activitate
   — activitate — . . . . . .
   — indicativ — verbale . . . . . .
   — stimulativ — verbale . . . . . .
   — verbalizarea acțiunii . . . . . .
6) Forme de limbaj . . . . . .
7) Diagnostic logopedic . . . . . .

D. Gîndirea

1) Volumul cunoștințelor . . . . . .
2) Tipuri de înțelegere:
   — concret — intuitivă . . . . . .
   — verbal — generalizată . . . . . .

3) Procese cu funcții operatorii de gradul I:
   — analiza . . . . . .
   — sinteza . . . . . .
   — generalizarea . . . . . .
   — abstractizarea . . . . . .
   — comparația . . . . . .
   — sistematizarea . . . . . .
   — concretizarea . . . . . .
4) Procese cu funcții operatorii de gradul II:
   — reversibilitate . . . . . .
   — asociativitate . . . . . .
   — combinatorice . . . . . .
   — clasificări — serieri . . . . . .
   — grupări, incluziuni în clase . . . . . .
5) Tipuri de noțiuni, judecăți, raționamente . . . . . .
   . . . . . .
6) Tipuri de gîndire . . . . . .
7) Calități speciale . . . . . .

E. Memoria

1) Formele memoriei:
   — logică . . . . . .
   — mecanică . . . . . .
   — intențională . . . . . .
   — neintențională . . . . . .
2) Procesele memoriei:
   — întipărirea . . . . . .
   — păstrarea . . . . . .
   — recunoașterea . . . . . .
   — reproducerea . . . . . .
3) Memorie imediată — îndepărtată . . . . . .
4) Uitarea . . . . . .
5) Calități speciale . . . . . .

F. Imaginația

1) Formele imaginației:
   — reproductivă . . . . . .
   — combinatorică . . . . . .
   — creatoare . . . . . .
2) Procedee de construire a reprezentărilor imaginației:
   — substituire . . . . . .
   — adiționare . . . . . .
   — diminuare . . . . . .

— aglutinare . . . . . .
— combinare . . . . . .
— creare de imagini noi . . . . . .
3) Tipuri de imaginație . . . . . .
4) Calități speciale . . . . . .

G. Atenția

1) Orientarea . . . . . .
2) Concentrarea . . . . . .
3) Selectivitatea . . . . . .
4) Tipuri de atenție . . . . . .
5) Calități speciale . . . . . .

H. Inteligența

1) Abstractă . . . . . .
2) Concretă . . . . . .
3) Q. I. . . . . .

IV. ACTIVITĂȚI PRACTICE

A. Deprinderi și obișnuințe

1) Deprinderi igienico-sanitare . . . . . .
2) Deprinderi practice . . . . . .
3) Deprinderi și obișnuințe comportamentale . .
. . . . . .

B. Înclinații și aptitudini

1) De joc . . . . . .
2) De desen, muzicale
3) Lexico-grafice
4) Matematice . . . . . .
5) Literar-artistice . . . . . .
6) Tehnic-constructive . . . . . .

V. INTEGRAREA SOCIO-AFECTIVĂ

1) Receptivitate și reactivitate . . . . . .
2) Reactivitate emoțională . . . . . .
3) Manifestare afectivă . . . . . .
4) Gradul de integrare în colectiv . . . . . .
5) Poziția și rolul copilului în grup . . . . .
6) Tipuri de relații . . . . . .

— de comunicare . . . . . .
— de cooperare . . . . . .
— de dominare . . . . . .

7) Autonomie socială . . .

VI. TRĂSĂTURI DE PERSONALITATE

1) Trăsături de temperament . . . . . .
2) Trăsături de caracter . . . . . .
3) Aptitudini speciale . . . . . .
4) Motivația pentru activitate
5) Interese speciale . . . . . .

VII. APRECIERI GENERALE

1) Evoluția la învățătură . . . . . .
2) Atitudinea față de nota școlară . . . . . .
3) Atitudinea față de muncă . . . . . .
4) Atitudinea față de personalul didactic și de îngrijire . . . . . .
. . . . . .
5) Participarea la viața colectivului . . . . . .
6) Particularități comportamentale . . . . . .
7) O. Ș. P. . . . . .

VIII. RECOMANDĂRI ȘI OBSERVAȚII SPECIALE

1) Aprecieri asupra comportamentului viitor . . . . . .
. . . . . .
2) Recomandări cu privire la atitudinea celor din jur față de subiect
. . . . . .
3) Recomandări cu privire la terapia medicală și psihologică . . .
. . . . . .
4) Aprecieri cu privire la integrarea în familie, profesiune și societate
. . . . . .

Notă: Pentru subiecții cu dublă deficiență sau pentru cei cu deficiențe senzoriale, completarea fișei se va face, pe de o parte, prin luarea în considerare a analizatorilor sănătoși, iar pe de altă parte, prin specificarea gradului de deteriorare a analizatorilor afectați. Spre exemplu, la capitolul percepție se va analiza tipul

specific de modalitate senzorială a nevăzătorului, surdului, ambliopului etc. prin probe care pun în evidență particularitățile definitorii ale deficienților respectivi. Ca atare, conținutul celor relatate trebuie să fie raportat la specificul funcțiilor psihice ale handicapatului.

TEME DE CONTROL

1. Prezentați caracteristicile activității psihice care denotă dezvoltare, stagnare sau regres la diferite categorii de handicapați.

2. Exprimați punctul de vedere psihopedagogic cu privire la educația și instrucția copiilor supradotați.

3. Analizați etapele cunoașterii și caracterizării copiilor handicapați cu ajutorul fișei psihopedagogice.

Capitolul III

HANDICAPUL DE INTELECT

Dată fiind natura plurifactorială și diversitatea handicapurilor de intelect (mintale), în lucrările de specialitate se utilizează o terminologie variată cu caracter de sinonimie de la un autor la altul. Astfel, termeni, ca: deficiență mintală, înapoiere mintală, întîrziere mintală, insuficiență mintală, oligofrenie, encefalopatie infantilă, debilitate mintală, subnormalitate mintală etc. exprimă categoria mare a handicapaților de intelect. În fapt, unii din acești termeni, cai înapoiere, întîrziere, provoacă confuzii, deoarece sugerează o eventuală revenire la starea normală, iar alții, oligofrenie, encefalopatie infantilă, au un pronunțat caracter medical, punînd accent pe afecțiunile structurii nervoase. Oricum, nici unul din acești termeni nu semnifică gradele sau profunzimea handicapului, ceea ce ne determină să folosim conceptul generic de handicap de intelect (echivalent cu cel de deficienți de intelect).

1. PROBLEMATICA PSIHOPEDAGOGIEI HANDICAPAȚILOR DE INTELECT

În orice abordare se simte nevoia definirii și caracterizării handicapului dintr-o perspectivă interdisciplinară, care să permită proiectarea unor programe educațional-recuperative ce au în vedere caracteristicile psihofizice, potențialul ce poate fi stimulat și direcția de acțiune, nivelul probabil de atins în demersul integrării sociale și profesionale. Definiția dată de psihologul R. Zazzo satisface în bună măsură această cerință: „debilitatea mintală este prima zonă a insuficienței mintale — insuficiență relativă la exigențele societății, exigențe variabile de la o societate la alta, de la o vîrstă la alta — insuficiență ai cărei factori determinanți sînt biologici (normali sau patologici) și cu efect ireversibil în stadiul actual al cunoștințelor".

Pentru a contura unele caracteristici definitorii și generale pentru toate categoriile de handicapați, analiza acestora se realizează prin raportarea handicapaților:

a) la copiii normali mai mici ca vîrstă cronologică și de aceeași vîrstă mintală;

b) la indivizii normali de aceeași vîrstă cronologică;

c) la copiii normali de aceeași vîrstă mintală și la indivizii de aceeași vîrstă cronologică;

d) la indivizii normali de aceeași vîrstă mintală, indiferent de vîrsta cronologică;

e) la alți handicapați din aceeași categorie;

f) la alți handicapați cu forme diferite decît cea de intelect.

Prin urmare, se pot desprinde trăsături fundamentale pentru circumscrierea domeniului psihopedagogiei handicapaților de intelect și pentru metodologia instruirii, educării și recuperării, utilizînd tehnici, modalități de investigație și psihodiagnoză, de cunoaștere și de acțiune. Din acest demers rezultă specificitatea handicapului de intelect. În acest context, literatura de specialitate precizează unele trăsături specifice ale debilității mintale.

Una din acestea este *rigiditatea*, ce a fost concepută de J. S. Kounin ca particularitate definitorie și se bazează pe, constatarea că, spre deosebire de copil, adultul are un număr mai mare de „regiuni psihologice", dar granițele dintre aceste regiuni devin tot mai rigide pe măsura înaintării în vîrstă. Aceste regiuni rigide limitează influența funcțională din partea teritoriilor învecinate, determinînd o inerție tipică la nivelul întregii activități psihice. Pentru handicapații de intelect, regiunile respective sînt pregnant rigide și nu permit schimbul funcțional normal dintre ele, corespunzător vîrstei cronologice, ceea ce l-a determinat pe A. R. Luria să vorbească de inerția patologică. Ulterior, din planul biologic rigiditatea a fost extinsă de unii autori și asupra modului cum funcționează unele procese sau realități psihice, ca: rigiditatea gîndirii, a memoriei, a limbajului, a comportamentului etc.

Abordînd o altă caracteristică, B. Inhelder subliniază că debilul nu poate atinge stadiul gîndirii formale, dată fiind nedeterminarea (psihică — n.n.) construcției sale și, de aici, prezența *vîscozității genetice*, ca trăsătură specifică. Debilul nu poate recupera întîrzierea sa în construcție, ceea ce îl face să atingă numai stadiul operațiilor concrete și să rămînă centrat o perioadă mai lungă de timp decît normalul la nivelul punctelor fixate anterior. În genere, în plan psihic are loc o dezvoltare lentă sau se produce stagnarea, fără ca individul să poată atinge stadiile superioare. Ca atare, dezvoltarea rămîne neterminată, ducînd la dificultăți în achizițiile instrumentale și de adaptare. De aici, persistența elementelor anterioare cu cele care intervin într-un stadiu superior, producînd o coexistență falsă între nou și vechi, exprimată prin conceptul amintit.

O caracteristică a specificității este și cea de *heterocronie*, descrisă de R. Zazzo, el constatînd că debilul se dezvoltă, din punct de vedere psihologic, diferit de la un sector la altul. Dar heterocronia cea mai evidentă se poate remarca între dezvoltarea fizică și cea mintală, între dezvoltarea somatică și cea cerebrală. Prin urmare, diferitele funcții psihice

nu se dezvoltă în mod echilibrat. Acest fapt este relativ valabil şi pentru omul normal cînd se creează un uşor decalaj la nivelul unor funcţii; unii au o memorie vizuală mai bună, în timp ce alţii posedă o memorie auditivă, operaţia de calcul poate fi mai dezvoltată decît capacitatea de formulare verbală şi invers ş.a.m.d. Dar în timp ce la normal dezvoltarea unei funcţii stimulează şi structura evoluţiei alteia, la debilul mintal avansul unei funcţii se poate realiza chiar în detrimentul celorlalte.

Subliniind că vîscozitatea genetică îşi pune amprenta asupra conduitei debilului mintal în toate situaţiile, R. Fau arată că, atunci cînd solicitările depăşesc posibilităţile de răspuns, se manifestă o altă caracteristică numită *fragilitatea construcţiei personalităţii*. Operaţiile logice fiind la un nivel scăzut, nu facilitează constituirea de raporturi sociale stabile şi evolutive, deoarece predomină fragilitatea şi infantilismul în comportament. Fragilitatea poate fi, pe de o parte, *disociată* cu manifestări de duritate, impulsivitate şi lipsă de control, iar pe de altă parte, *mascată*, ce apare la debilii care trăiesc într-un mediu securizant, făcînd posibilă disimularea trăsăturilor negative.

Ultima trăsătură pe care o analizăm este descrisă de noi şi se referă la *fragilitatea* şi *labilitatea conduitei verbale*. Pentru a surprinde această caracteristică de specificitate, analiza s-a efectuat în raport de performanţele limbajului şi de conţinutul comunicării verbale (competenţa) faţă de situaţiile variate în care ea se desfăşoară. Relaţia respectivă se manifestă prin neputinţa handicapatului de a exprima logico-gramatical conţinutul situaţiilor semnificative, de a se menţine la nivelul unui progres continuu şi de a-şi adapta conduita verbală la schimbările ce apar în diverse împrejurări. Retardurile şi tulburările de limbaj cu o frecvenţă mare accentuează conţinutul fragilităţii şi labilităţii conduitei verbale.

Există şi trăsături ale debilităţii mintale mai restrînse care sînt analizate de specialişti, comparînd simptomatologia psihică cu evoluţia şi dezvoltarea funcţiilor psihice ale normalului. Astfel, slabul activism în faţa sarcinii şi posibilităţile reduse de implicare în activitate au la bază o motivaţie deficitară concretizată în lipsa unor scopuri şi aspiraţii reale, ce sînt însoţite de superficialitate în emiterea judecăţilor de valoare. De aici, apariţia caracteristicii de infantilism al afectivităţii — cu o marcantă instabilitate în relaţiile afective şi cu trecere frecventă de la o stare emotivă la alta. Dar cel mai pregnant, carenţele se manifestă în cadrul proceselor cognitive, pe care M. Roşca le analizează în legătură cu posibilităţile de instruire şi educare ale elevilor. Din acest punct de vedere, subliniem manifestarea atenuată a unor categorii de senzaţii sau posibilităţi elementare de percepere a însuşirilor esenţiale ale obiectelor şi fenomenelor; diferenţierea cu dificultate a formei mărimii a spaţiului şi a timpului. Mai anevoios se observă elementele definitorii

ale obiectelor ca urmare a deficiențelor atenției și a cunoștințelor insuficiente, a reprezentărilor sărace, lipsite de detalii, și nefuncționalității combinării imaginilor. În gîndire predomină șablonismul, stereotipia, inerția și neputința de a rezolva, pe căi originale, problemele. Asemenea caracteristici sînt amplificate și de înregistrarea mecanică a datelor, de deficiențele pe linia memoriei logice, de neînțelegerea datelor, fapt care nu facilitează sesizarea cauzalității fenomenelor și acumularea de experiențe deosebite. Cu cît formele de handicap sînt mai accentuate, ca în tipurile severe și profunde (imbecilitate și idioție), caracteristicile psihice prezentate mai sus sînt atît de diminuate și atît de puerile, încît aceste funcții apar sporadic în manifestările individului. În unele sindrome ale formelor respective planul psihic este dublat de cel fizic, în care sînt deosebit de pregnante anomaliile anatomo-fiziologice (ce vor fi descrise în paragraful 3).

2. ETIOLOGIE ȘI CLASIFICARE ÎN HANDICAPURILE DE INTELECT

În toate formele de handicap, ca și în cel de intelect stabilirea cauzelor se constituie ca un demers dificil ca urmare, pe de o parte, a diversității factorilor nocivi, iar pe de altă parte, a dificultății rezultate din faptul că una sau mai multe cauze pot provoca handicapul respectiv. Astfel, factorii etiologici acționează în diferite perioade ale evoluției individului (prenatală, perinatală, postnatală) și determină forme mai grave sau mai ușoare, forme singulare sau asociate (în care, de obicei, una este predominantă, iar celaltă, secundară). Dintre cele mai frecvente cauze citățm:

— leziuni și disfuncționalități ale sistemului nervos central care determină forme de handicap denumite, de unii autori, ca fiind exogen, patologic, dizarmonic etc.;
— factori ereditari, concretizați în aberații cromozomiale ce duc la așa-numitele forme endogene;
— vîrsta prea fragedă sau prea înaintată a părinților și scăderea funcției de procreație;
— tulburările degenerative și metabolice care influențează dezvoltarea normală a sistemelor cerebrale;
— bolile infecțioase apărute în ontogeneza timpurie conduc la stagnarea funcțională în circuitele nervoase sau împiedică dezvoltarea craniocerebrală;
— traumele fizice de la nivelul craniului, cu efecte negative asupra sistemului nervos central;
— intoxicațiile alcoolice sau cu diferite substanțe chimice ce au efecte negative și asupra evoluției sistemului nervos;
— factorii stresanți și oboseala exagerată a gravidei;

— factorii socio-economici, prin neasigurarea alimentației suficiente;
— privarea afectivă a copilului la vîrstele mici, care împiedică achizițiile în plan intelectiv și nu stimulează dezvoltarea psihică;
— radiațiile, care exercită o acțiune negativă asupra dezvoltării generale a organismului ș.a.

Prin urmare, sînt o multitudine de factori care pot influența evoluția normală a individului. Dar ei depind și de rezistența organismului, de zestrea sa ereditară, de perioada în care acționează și de gradul constituirii structurilor nervoase, de forța și durata acțiunii acestor factori etc. Cunoscîndu-le acțiunea negativă, mulți factori nocivi pot fi evitați în perioada de gestație a fătului și mai cu seamă în ontogeneza timpurie a autonomiei personale, de elaborare a comportamentelor asemănătoare adultului.

În raport de etiologia descrisă apar grade diferite ale handicapului de intelect, iar clasificarea acestuia se realizează pe baza măsurării coeficientului de inteligență (cu ajutorul testelor), a coeficientului de dezvoltare psihică, a evaluării posibilităților de adaptare și integrare, de formare a autonomiei personale, de elaborare a comportamentelor comunicaționale și relaționare cu cei din jur. Ca atare, clasificarea handicapului de intelect se poate rezuma la:

1. — *intelectul de limită sau liminar*, cu un Q.I. (coeficient de inteligență) estimat între 85—90 și marchează granița dintre normalitate și handicap;
2. — *debilitatea mintală* (numită și handicap de intelect ușor sau lejer), cuprinsă între 50—85 Q. I., ceea ce corespunde unei dezvoltări normale a vîrstei cronologice între 7—12 ani;
3. — *handicapul de intelect sever* (cunoscut și sub denumirea de imbecilitate) are un Q.I. cuprins între 20—50 și corespunde unei dezvoltări normale a vîrstei cronologice de la 3 la 7 ani;
4. — *handicapul de intelect profund* (denumit și idioție) are o etatate mintală situată sub 20 Q. I. corespunzătoare vîrstei cronologice normale de pînă la 3 ani.*

După cum se poate observa, în cadrul aceleiași categorii pot exista grade și forme variate, care privesc atît gravitatea handicapului, cît și manifestarea sa. *Scara handicapului de intelect* se diversifică pe o arie largă, ceea ce presupune necesitatea unei departajări cît mai exacte și riguroase, prin intermediul diagnosticului diferențial. Pe baza acestuia se vor constitui grupe și clase relativ omogene, se vor integra în unități adecvate posibilităților lor de instruire și educare, de compensare și recuperare. În principiu, se poate afirma că toți handicapații sînt re-

* În literatura de specialitate se pot întîlni și alte clasificări ale handicapului de intelect și mai ales valori acordate Q. I. diferite, dar noi am adoptat o clasificare ce are o circulație mai mare fiind utilizată de mulți autori și organizații specializate în domeniu.

cuperabili. Dar oricît de eficiente ar fi programele educaționale, calitatea și cantitatea rezultatelor obținute depind și de gravitatea handicapului. Astfel, dacă persoanele ce se încadrează în limitele intelectului liminar pot ajunge la o dezvoltare psihică asemănătoare normalilor și se integrează eficient socio-profesional, debilii mintal ajung la formarea deprinderilor de citit-scris, de calcul aritmetic, de operare elementară în plan mental, fără a atinge nivelul gîndirii formale; ei achiziționează unele cunoștințe despre natură, societate și mediu înconjurător, devin autonomi în comunicare și comportament, se pot integra în activitate și viața socială dar, pe ansamblu, nivelul dezvoltării psihice și de adaptare rămîne limitat. Handicapații sever sînt recuperabili într-o măsură mai mică; parțial ei își pot însuși mijloacele de comunicare, acumulează unele cunoștințe despre lumea înconjurătoare, își însușesc, cu dificultate operații elementare de adunare, scădere, de numerație își formează deprinderi elementare de autoservire și comportamente condiționat-stereotipe, pot exercita unele activități, au deprinderi elementare, reclamînd o asistență socială continuă; cei cu handicap de intelect profund își pot însuși forme parțiale de autoservire, de comunicare redusă caracteristică vîrstelor infantile timpurii, de comportare și dezvoltare psihică minimă, ceea ce presupune o îngrijire permanentă și o protecție complexă din partea adultului.

3. SIMPTOMATOLOGIE ȘI STRUCTURĂ ÎN SINDROAMELE HANDICAPULUI DE INTELECT

Sînt cunoscute mai multe sindroame ale handicapului de intelect din care pot desprinde structuri fizice și psihice caracteristice pentru sindromul respectiv, dar și pentru categoria de handicap din care face parte. Astfel, le menționăm pe cele mai reprezentative și care au o frecvență mare:

Sindromul Down, cunoscut și sub denumirea de mongolism, după numele dat de cel ce a descris această formă, Langdon — Down. Majoritatea indivizilor cu acest sindrom se încadrează în categoria de handicap sever sau chiar profund și foarte rar în debilitatea mintală propriu-zisă. Ei sînt ușor de diagnosticat și datorită structurilor morfologice ce sînt evidente încă de la naștere, dar devin tot mai pregnante, o dată cu înaintarea în vîrstă. Ca atare, cele mai semnificative aspecte structurale privesc: craniul mic și brahicefalic, protuberanța occipitală neconturată, fantele palpebrale au un aspect oblic și sînt orientate spre exterior, limba este fisurată (numită limbă scrotală) cu un aspect lat și hipotonic sau îngust și ascuțit, buzele îngroșate și fisurate transversal, prezența frecventă a anomaliilor maxilarelor și dinților, absența lobilor la urechi, degetele la mîini sînt scurte și adeseori prezintă sindactilie ș.a. Aceste caracteristici sînt tipice pentru sindromul descris, dacă se găsesc

în combinație la același individ; izolat, ele pot fi întîlnite și în alte forme de handicap și chiar la persoanele normale.

În plan psihic sînt puțin dezvoltați; gîndirea concretă nu permite decît achiziția unor elemente cu caracter de stereotipie, vorbirea este infantilă și cu tulburări de articulație, calculul elementar și citit-scrisul se însușesc greu și la un nivel scăzut, memoria este predominant mecanică și întipărirea de scurtă durată, reproduc cu greu și numai în prezența situațiilor concrete. Este relativ dezvoltat simțul ritmului, ceea ce face să le placă muzica, sînt veseli și afectuoși cu persoanele cunoscute, docili; manifestă, mai cu seamă, comportamente imitative.

Oligofrenia fenilpiruvică este, de asemenea, o formă gravă a handicapului de intelect, îmbrăcînd forme profunde și severe. Nivelul intelectual este extrem de scăzut, dar se pot elabora unele comportamente elementare de autoservire, mai cu seamă de tipul celor bazate pe formarea reflexelor condiționate. Acest sindrom se datorește absenței unei enzime din organism, fapt care duce la acumularea exagerată de fenilalanină ce capătă un caracter toxic. Prin transformarea fenilalaninei în acid fenilpiruvic, acesta pătrunde în urina copiilor, ceea ce face posibilă diagnosticarea timpurie. La precizarea diagnosticului contribuie și prezența unor caracteristici morfologice, cum ar fi aspectul de blond accentuat, ochi pronunțat albaștri și pielea foarte sensibilă.

Idiotia amaurotică (denumită și boala Tay-Sachs) are o frecvență mai redusă; la naștere copilul dă impresia că este normal, ca la 3—6 luni să devină apatic, cu o motricitate ce nu evoluează în mod normal. Astfel, nu poate apuca obiectele, nu poate ține capul ridicat și, ulterior, se instalează paraliziile și convulsiile. Copilul este hipersensibil la lumină și la zgomote ca apoi să i se degradeze progresiv, văzul pînă la orbire. Caracterul ereditar al acestei anomalii face posibilă apariția ei la diferite vîrste dar indivizii respectivi au o durată de viață relativ scurtă. Pe plan psihic, dezvoltarea este extrem de redusă, dar prin exerciții repetate sînt posibile elaborarea de comportamente și activități cu caracter stereotip.

Gargoilismul cuprinde categorii de handicapați de la formele cele mai ușoare pînă la cele grave. În raport de dezvoltarea psihică diferită, de heterogenitatea grupului respectiv, programele recuperativ-educaționale trebuie să fie adaptate la posibilitățile și caracteristicile fiecăruia.

Din punct de vedere fizic, copilul nu crește normal, avînd o statură mică, cu gît și membre scurte, ceea ce-i dă o înfățișare de bătrîn. Craniul are un aspect deformat prin proeminența exagerată a regiunii occipitale. Faciesul se remarcă printr-o gură mare și buze groase, iar nasul are formă de șa.

Hipertelorismul se referă la persoanele cu o dezvoltare psihică minimă și cu o înfățișare fizică tipică, caracterizată prin plasarea laterală a

ochilor cu distanțe mari între ei, determinînd un aspect animalic: craniul este brahicefalic și sînt prezente, adeseori, anomalii ale maxilarului superior.

O amplasare în exterior a ochilor o întîlnim și în *sindromul Turner*, la care se adaugă prezența urechilor late și implantate jos spre gît, fața rotundă, gît scurt și absența semnelor sexuale.

Forme grave ale deteriorării intelectului apar și în *cretinismul endemic*, a cărui apariție se datorește existenței în proporție insuficientă a iodului în sol sau în apă, ceea ce împiedică producerea hormonului tiroidian cu efecte în dezvoltarea psihică; în *galactosemie, fructozurie, sucrozurie*, datorate lipsei unei enzime sau a netolerării față de unele substanțe ce intră în componența metabolismului ș.a.m.d.

TEME DE CONTROL

1. Caracterizați handicapul de intelect prin descrierea trăsăturilor de specificitate.
2. Enunțați principalii factori etiologici ai handicapului de intelect.
3. Descrieți clasificarea și scara handicapului de intelect.
4. Analizați structural — morfologic și simptomatologic — principalele sindroame ale handicapului de intelect

CARACTERISTICELE FUNCȚIILOR ȘI PROCESELOR PSIHICE LA HANDICAPAȚII DE INTELECT

Impresia generală cu privire la activitatea psihică, în ansamblu, este aceea a desfășurării ei în limite inferioare față de normal, a stagnării sau chiar a involuției unor funcții, a deteriorării, dezorganizării pentru altele. Caracteristicile de puerilitate, labilitate și infantilism, la nivelul personalității sînt, în egală măsură, valabile și pentru toate funcțiile și procesele psihice. O bună parte din aceste caracteristici au fost puse în evidență în capitolul anterior cu ocazia analizei trăsăturilor de specificitate ale handicapurilor de intelect. Dar pentru a pătrunde în intimitatea activității psihice este nevoie de surprinderea principalelor particularități ale funcțiilor și proceselor în corelație cu comportamentul handicapaților în rezolvarea unor probleme în diverse situații.

1. SPECIFICUL FUNCȚIILOR ȘI PROCESELOR PSIHICE ÎN DIFERITE FORME DE ACTIVITATE

Fără îndoială, funcțiile și procesele psihice se manifestă în raport de gradul handicapului de intelect și de tipul de activitate în care subiectul este implicat. Există o serie de caracteristici care privesc activitatea psihică de ansamblu, comparativ cu normalul, dar și diferențe specifice în evoluția diferitelor funcții sau procese. Ne referim, în primul rînd, la evoluția acestor particularități în cazul debilității mintale pentru că în handicapul sever și mai ales în cel profund ele sînt atît de diminuate încît este greu să se poată vorbi de existența lor în accepțiunea strict psihologică. Astfel, în planul *senzorial-perceptiv* se remarcă dificultăți de *analiză*, ceea ce determină perceperea globală a obiectului sau imaginii acestuia în detrimentul sesizării elementelor componente. Desele confuzii ce apar în aceste situații se datoresc și activismului scăzut al debitului mintal față de activitate. În cazul cînd constituenții unui obiect sau ai imaginii sînt mai bine delimitați prin subliniere, culoare, poziția centrală ocupată etc., analiza este ușurată, iar percepția devine mai consistentă. Cum la unii handicapați de intelect apar și anomalii în sfera vizuală, auditivă, tactil-kinestezică, se accentuează lipsa de specificitate a percepțiilor.

Avînd în vedere că și *sinteza* este deficitară, reconstituirea preceptivă se realizează incomplet, iar în situațiile mai complexe devine imposibilă. Cunoștințele și experiențele personale reduse îl pun pe subiect în situația de a nu putea face ordonări și ierarhizări care să faciliteze o percepere cît mai adecvată. Cu toate că durata analizei și sintezei este mai mare decît la normal, se remarcă *îngustimea cîmpului perceptiv* prin perceperea limitată a numărului de elemente, a locului ocupat de obiecte, a raportului dintre ele, a distanțelor, a poziție lor etc.

Dificultăți și mai mari întîmpină handicapații de intelect la perceperea imaginilor. Pe lîngă descrierea nesistematică a acestora sînt invocate, adeseori, elemente străine și nesemnificative ce au fost percepute într-o situație anterioară. Tulburările de limbaj și existența unui vocabular sărac determină explicații aleatorii, fără surprinderea raporturilor cauzale și apariția frecventă a clișeelor verbale. Predomină caracterul descriptiv al celor percepute în detrimentul celui explicativ. Iar acolo unde apare explicația, ea este naivă și încărcată de prea multe enumerări ale celor percepute.

Interesantă este funcționalitatea *percepției distorsionate* (a iluziei) la debilul mintal. După cum se știe, pentru persoanele normale existența percepției distorsionate este un indiciu al desfășurării planului senzorial perceptiv în relație cu factorii înconjurători ce se pot prezenta în situații ce nu se supun nemijlocit experiențelor trăite. La debilii mintali am putut constata, pe bază de experimente, că percepția distorsionată nu funcționează totdeauna ca la normal. Sînt două situații mai importante: ori acest fenomen este absent acolo unde situația determină o iluzie, ori apare o labilitate exagerată în realizarea percepției de la o situație la alta. Ne-am explicat aceste fenomene, pe de o parte, prin structura anatomo-fiziologică a sistemului nervos, iar pe de alta, prin însăși experiența individuală și posibilitățile de analiză, interpretare și stocare a informațiilor perceptive. Unele structuri și conexiuni deficitare sau insuficient consolidate determină modalități de înregistrare a datelor perceptive prin predominarea informației exclusiv sau aproape exclusiv de la obiectul sau partea acestuia care se impune, cel puțin, printr-o singură caracteristică, indiferent de natura acesteia (nu neapărat esențială): vizuală, kinestezică, auditivă etc. Prin impunerea unei singure caracteristici, obiectul nu se percepe integral, ci parțial, iar în compararea a două obiecte se iau criterii diferite în funcție de ceea ce s-a impus asupra subiectului. Experiența săracă a debilului mintal și posibilitățile reduse de raportare la informația stocată nu-i permit acestuia să interpreteze, în totalitatea însușirilor sale, fenomenul sau obiectul. Actualizarea unor *reprezentări,* ce ar putea veni în sprijinul desfășurării percepției, se face numai parțial ca urmare a *inerției oligofrenice*, ce marchează întreaga activitate psihică.

Gîndirea reprezintă cea mai izbitoare caracteristică pentru evaluarea gradului handicapului de intelect și a posibilităților de efectuare a unor activități. Handicapul intelectual se constată în toate operațiile gîndirii, fiind deosebit de evident în generalizare și abstractizare sau în înțelegerea și rezolvarea unor probleme cu un caracter mai complex. Dificultățile respective se datoresc, după B. Inhelder, faptului că deși stadiile dezvoltării se succed în aceeași ordine la debilul mintal ca și la copilul normal, evoluția este mai lentă și nu poate ajunge în stadiul final al operațiilor formale. Așadar, pentru handicapul de intelect ușor se poate atinge maximul dezvoltării sale la sfîrșitul stadiului operațiilor concrete. Handicapaților de nivel inferior le este caracteristic stadiul de început al operațiilor mintale. Din aceasta rezultă că ordonările, ierarhizările, stabilirea asemănărilor și deosebirilor, a raporturilor cauzale și sesizarea esențialului se fac la un nivel inferior sau se introduc criterii care demonstrează puerilismul gîndirii. S-a constatat că stabilirea deosebirilor dintre obiecte se face mai ușor decît stabilirea asemănărilor, care presupune operarea cu noțiuni mai generale și serierea după însușiri cît mai apropiate de notele definitorii ale obiectelor.

Analizînd raportul dintre învățare-dezvoltare, Vîgotski operează cu conceptul de „zonă a proximei dezvoltări", prin intermediul căruia încearcă să stabilească perspectivele dezvoltării subiectului în etapa următoare. Pentru debilul mintal se poate evidenția caracterul restrîns al proximei dezvoltări, ceea ce determină o regîndire a conținutului învățării, a etapelor adoptate și individualizarea metodelor utilizate.

Caracteristicile de concretism, de rigiditate și inerție ce apar la nivelul gîndirii își pun pecetea și asupra evoluției *limbajului*. Mulți autori subliniază apariția întîrziată a vorbirii și etapele dificile pe care trebuie să le parcurgă copilul handicapat de intelect pînă la folosirea comunicării cu ajutorul propozițiilor. Dezvoltarea întîrziată a limbajului privește toate aspectele sale — fonetic, lexical, semantic și gramatical — la care se adaugă marea frecvență a tulburărilor de limbaj. Apariția cu întîrziere a vorbirii, menținerea caracterului situativ al limbajului, folosirea cuvintelor izolate și slaba înțelegere a vorbirii celor din jur se constituie în parametri ai aprecierii dezvoltării psihice și reflectă, în același timp, nivelul ideației handicapatului. Formele sau tipurile de comunicare pe care le folosește subiectul se corelează nemijlocit cu comportamentele specifice și cu mobilitatea caracteristică personalității. Fenomenele de infantilism sînt efecte și ale imaturității verbale, ce reproduc planurile neevoluate ale intelectului. Datorită dependenței înțelegerii lingvistice a cuvîntului de nivelul operațiilor mintale, de dificultățile abstractizării și generalizării nu-i conferă copilului posibilitatea de a se desprinde de semnificația obiectuală a cuvîntului pentru a exprima relații cauzale și categoriale ale definirii esenței elementelor vehiculate. Date fiind aceste caracteristici ale gîndirii și limbajului, se

poate aprecia că handicapații respectivi pierd perioada optimă de dezvoltare a funcțiilor psihice, dar prin includerea subiectului în activități școlare, prin modalități specifice și prin valorificarea raportului învățare-dezvoltare se va recupera parțial această perioadă.

Cu toate dificultățile și diminuările din activitatea psihică, la debilul mintal sînt unele elemente care se păstrează mai bine. Astfel, unele caracteristici ale *memoriei* de scurtă durată, ale stocării mecanice a informațiilor, aspectele ce țin de potențialul activităților practice manuale și interese pentru activitățile concret-intuitive pot deveni pîrghii ale acțiunilor de corectare-compensare, de stimulare a psihismului în general. Totuși, eficiența scăzută a memoriei voluntare, lipsa de fidelitate și rigiditatea fixării și reproducerii îngreunează transferul de cunoștințe și evocarea activă a informațiilor.

Toate aceste particularități ale activității psihice se corelează cu tulburările din planul *psihomotricității*. În acest sens sînt edificatoare aspectele ce privesc timpul de reacție scăzut, viteza diminuată a mișcărilor, imprecizia acestora dublată de frecvente sinkinezii, imitarea deficitară a mișcărilor cu reflectarea lor în oglindă, ce prelungesc timpul de formare a dexterităților manuale și care au semnificație în deprinderile grafice. La acestea se adaugă insuficiențele manifestate la nivelul activității *voluntare* și *motivaționale*. Predominarea intereselor și scopurilor apropiate, a trebuințelor momentane, capacitatea redusă de concentrare a atenției și neputința de a prevedea momentele mai importante ale acțiunilor îl fac pe debilul mintal să aibă dese insuccese, fapt ce facilitează instalarea negativismului și a descurajării, a lipsei aspirațiilor și a efortului voițional în fața sarcinii.

În conturarea *personalității* handicapatului de intelect se remarcă structurile *emoțional-afective*, care de cele mai multe ori conturează un tablou specific psihopatologiei marginale (de graniță). Sînt ușor de surprins fenomene de emotivitate crescută, puerilism și infantilism afectiv, sentimente de inferioritate și anxietate accentuate, caracterul exploziv și haotic, controlul limitat al stărilor afective ș.a. Aceste fenomene generează imaturitatea personalității cu predominarea formelor de disarmonie ce determină manifestări comportamentale instabile, cum ar fi: frică nejustificată, antipatie sau simpatie nemotivate, nervozitate, iritabilitate sau inhibiție, pasivitate exacerbată, crize de furie sau reacții agresive fără control, labilitate exagerată în trecerea de la o stare la alta (rîs și plîns, veselie și tristețe) etc.

Deși aceste caracteristici își pun pecetea asupra desfășurării activității într-un mediu de viață stimulativ, prin folosirea unei metodologii corectiv-recuperativă adecvate, la copiii handicapați de intelect, în funcție de deteriorarea intelectului, se pot elabora motivații gradate pentru activitate și abilități care să faciliteze procesul instructiv-educativ de un

anumit nivel. Astfel, copiii cu intelect liminar trec neobservați în școli sau în medii socio-profesionale cu standarde mai puțin pretențioase și fac față exigențelor impuse; cei cu debilitate mintală ușoară sau lejeră se adaptează relativ bine la formele învățămîntului special și își pot forma deprinderi instrumentale elementare sau abilități pentru activități cu expectație cultural-intelectivă redusă, iar la handicapații de intelect sever și profund (imbecili și idioți) accentul se pune pe activități de socializare, de autoservire și de însușire a unor acțiuni legate de exercitarea de profesii simple, stereotipe și supravegheate.

2. LIMITE ȘI PERSPECTIVE ÎN RECUPERAREA HANDICAPAȚILOR DE INTELECT

Țelul fundamental al psihopedagogiei speciale este acela de a forma și pregăti subiectul handicapat pentru viață și activitate. Pentru aceasta, corectarea, compensarea, educarea sînt componente ale procesului recuperativ în care sînt incluse metodologii specifice, adaptate la categoria de handicapați, urmărind să faciliteze integrarea și adaptarea. În demersul recuperării sînt antrenați toți cei care se ocupă, într-un fel sau altul de handicapați.

Scopul recuperării constă, pe de o parte, în valorificarea la maxim a posibilităților individului handicapat, iar pe de altă parte, funcțiile psiho-fizice nealterate trebuie astfel antrenate încît să poată prelua activitatea funcțiilor afectate în vederea formării unor abilități și comportamente care să-i permită persoanei o integrare optimă în viața profesională și socială. În același timp, prin recuperare se realizează pregătirea psihologică a individului pentru a-și crea o stare afectiv-motivațională corespunzătoare, prin trăirea satisfacției în raport cu activitatea depusă menținînd, în felul acesta, un confort psihic prelungit. În vederea realizării acestor deziderate, cît și în adoptarea metodologiei specifice recuperării este necesar să se cunoască particularitățile psiho-individuale ale subiectului, să stabilim diagnoza și prognoza cazului respectiv. Raportată la aceste caracteristici, metodologia utilizată poate fi preponderent psihologică, pedagogică sau medicală. Rezultatele cele mai bune se obțin prin combinarea celor trei forme, adoptînd o acțiune unitară concretizată în ceea ce se poate numi terapia complexă a recuperării. Dar accentul pus pe una din cele trei componente trebuie să țină seama de o serie de factori subiectivi și obiectivi, ca: forma și gravitatea handicapului, evoluția și nivelul dezvoltării funcțiilor neafectate, posibilitatea suplinirii unor funcții deteriorate de către formațiunile nervoase sănătoase și mecanismele prin care se produce compensarea, starea psihică și montajul subiectului, vîrsta cronologică și mentală, sexul, probabilitatea evoluției

ulterioare în formele concrete de activitate pentru care va fi pregătită persoana respectivă.

Principalele forme ale recuperării sînt realizate prin: învățare, psihoterapie și terapie ocupațională.

a) *Recuperarea prin învățare* se realizează cu metode și procedee diferite, adoptate în funcție de forma învățării. Subliniem că activitatea de recuperare prin intermediul învățării va fi mai eficientă dacă va începe sub o formă organizată încă de la vîrsta preșcolară și ținînd seama de specificul handicapului. Astfel, ea va fi predominant *afectivă* și *motivațională*. Aceste forme de învățare vor fi însoțite, întotdeauna, de alte două forme și anume de *învățarea morală* și *învățarea motrică*.

Fără îndoială, acolo unde este posibil se va apela și la învățarea intelectuală prin intermediul căreia se va urmări acumularea de informații elementare, de însușire a unui aparat conceptual, a operării instrumentale. *Modelele verbale* sînt esențiale în învățarea intelectuală și se dovedesc eficace o dată cu formarea capacității de a decodifica simbolurile lingvistice (orale sau scrise).

Însușirea normelor morale și formarea unor abilități motorii se realizează prin învățarea afectivă, psiho-morală, psiho-motrică și psiho-comportamentală. Toate aceste forme vor însoți procesele ce se derulează în școală și determină formarea de sentimente, convingeri, atitudini, aspirații ca și modele de acțiune, de comportare în viață.

O altă modalitate ce poate fi adoptată este și aceea a *învățării sociale*, prin intermediul căreia subiectul este orientat spre anumite modele comportamentale concrete, stimulîndu-se capacitatea sa de imitare spontană. În acest context, fenomenul empatic facilitează dobîndirea unor modalități de relaționare socială, ajungînd pînă la identificarea psihologică cu modelul. Prin progresele realizate și decentrarea eului, empatia devine modalitate sui-generis pentru stabilirea relațiilor interpersonale și formarea climatului afectiv în colectivitate. Pentru a ajunge la aceste scopuri, se formează o atitudine activă din partea subiectului, folosindu-se o serie de întăritori, cum ar fi: recompensa, lauda, îndemnul, stimularea sentimentului datoriei, admonestarea, sancționarea verbală sau prin notă etc. Astfel, învățarea se încarcă de sens psihologic, îndeplinind scopurile propuse, de a forma și dezvolta comportamente adaptative în care coechilibrarea personalității cu mediul înconjurător se realizează optim.

b) *Recuperarea prin psihoterapie* este mai puțin folosită în unitățile pentru handicapații de intelect. S-a constatat totuși că în formele ușoare și medii ale intelectului deteriorat ea contribuie la refacerea psihică și psiho-socială. Deși nu înlătură handicapul, acționează pozitiv asupra spiritului și personalității, înlătură anxietatea și negativismul, activează motivația și pulsiunile, devenind un factor energizator al implicării su-

biectului în procesul recuperativ. În adoptarea metodelor și tehnicilor psiho-terapeutice se au în vedere factorii ce țin de structura psihică a handicapatului, de vîrstă și de modul de manifestare comportamental.

În principiu, psihoterapia devine credibilă cînd prin intermediul ei se reușește să se înlăture stările psihice conflictuale, sentimentele de inferioritate, unele însușiri negative ale personalității, în general, și se consolidează trăsăturile pozitive cu motivații superioare pentru activitate. Ca atare, educatoarea sau învățătoarea își pot aduce o contribuție importantă în această direcție.

Din toate formele psihoterapiei, în cazul handicapaților de intelect rezultate mai bune se obțin prin *psihoterapia sugestivă* și *psihoterapia de relaxare*. Ținînd seama de capacitatea sugestivă a acestor subiecți, de faptul că sînt ușor influențabili, de dependența lor față de persoanele din jur, sugestia pozitivă acționează pentru înlăturarea sau ameliorarea unor comportamente aberante, pentru formarea de atitudini favorabile învățării și activității, pentru stimularea dorinței de a participa la viața colectivului și a înlăturării izolării etc. În felul acesta se orientează și direcționează activitatea subiectului spre situațiile care favorizează recuperarea, dînd o pondere accentuată sugestiei verbale.

Deși psihoterapia de relaxare uzează de sugestie, ea depășește limitele acesteia, avînd o dublă acțiune atît asupra spiritului, cît și asupra fizicului. De aici organizarea vieții voluționale și direcționarea subiectului spre formarea unor scopuri cît mai conștiente, dar și a exercitării, pe cît posibil, a unui autocontrol asupra unor funcții fiziologice. Dacă avem în vedere că relaxarea fizică a organismului contribuie la ameliorarea stărilor tensionale, de tipul hiperexcitabilității sau stressului, atunci putem înțelege relația dintre fizic și psihic. Din această perspectivă s-a impus metoda Schultz, prin care se creează o stare de relaxare prin depășirea unor faze în care confortul fizic și psihic să devină tot mai pregnant.

Trebuie subliniat că pentru succesul acestor tehnici este nevoie de o anumită înțelegere și de o anumită participare conștient-voluntară, ceea ce le face viabile numai în formele ușoare de handicap de intelect. Dar rezultate mai bune dau activitățile ludice, în care sînt incluse componente de tip psihoterapeutic prin intremediul cărora se pot crea ușor dispoziții pozitive și deconectări față de situațiile traumatizante, tensionale, punîndu-se accent pe relațiile grupale tonifiante și pe elaborarea unor atitudini care să faciliteze proiecția personalității.

c) *Recuperarea prin terapie ocupațională* reprezintă baza acestui demers și poate fi aplicată cu succes în toate formele de handicap. Printre terapiile ocupaționale semnificative la care educatoarea și învățătoarea își pot aduce o contribuție importantă, enumerăm: *ludoterapia, arteterapia, meloterapia, terapia prin dans și ergoterapia*. Se știe că unii handicapați manifestă un interes viu pentru muzică, pictură, dans, joc,

confecționarea unor obiecte etc., ceea ce poate constitui nu numai momente de consumare a energiei, dar și de formare a unor abilități motrice, practice ori de elaborare a unor deprinderi profesionale. O importanță cu totul aparte capătă, mai cu seamă la copii mai mari, ergoterapia; ea contribuie la integrarea subiecților într-o activitate cu caracter social, prin care își pot valorifica la maxim potențialul fizic și psihic restant. Remarcăm că solicitările trebuie adaptate la posibilitățile subiectului pentru a evita descurajarea și scăderea interesului în raport cu activitatea (în cazul cînd nu poate să-i facă față). Foarte important este să-i formăm buna dispoziție și să perceapă că activitatea desfășurată prezintă importanță nu numai pentru el, dar și pentru societate. Există o strînsă legătură între ergoterapie și ludoterapie, pentru că atît munca, cît și jocul sînt forme de activitate prin care copilul își poate valorifica disponibilitățile sale în raport cu grupul și cu aportul său la desfășurarea acțiunii. Se va pune accent pe stimularea funcțiilor normale și pe posibilitatea de a compensa, de către acestea, lipsa de activitate a celor deficitare. În acest sens, activitatea în care este implicat copilul handicapat trebuie să fie cît mai apropiată de condițiile și formele obișnuite pentru a forma abilități și comportamente necesare integrării profesionale și sociale viitoare.

În același timp, prin ergoterapie, ludoterapie, arterapie etc. se urmărește și înlăturarea unor comportamente aberante, dar și dezvoltarea afectivă, stimularea activității psihomotorii și formarea obișnuințelor de tip adaptativ. Se va stimula dezvoltarea sentimentelor de cooperare și întrajutorare, formarea spiritului de stăpînire de sine și de autocontrol, de antrenare în activități care să-i aducă copilului satisfacție și să-l ajute ţeleagă succesul.

Efectele optime ale recuperării se apreciază în condițiile formării unor calități fizice și psihice, care permit subiecților să ajungă la:

— un anumit nivel de autonomie personală; — exercitarea unei ocupații sau profesii; — formarea unor comportamente adecvate la situație; — capacitatea de a comunica prin limbaj oral și scris; — conturarea unor interese cît mai diverse; — formarea simțului de responsabilitate și de autocontrol; — însușirea de abilități motorii și a dexterităților manuale etc.

În concluzie, *recuperarea poate fi naturală, cînd acționează prin subsistemul psihic, aflat în stare critică și de compensație sau de supleanță, cînd funcțiile afectate sînt preluate de alte compartimente ale sistemului psihic*. Din această perspectivă, demersul recuperatoriu cuprinde activități organizate de la simplu la complex, în care se va adopta următoarea desfășurare:

activități ludice ⇄ activități de învățare ⇄ activități de profesionalizare ⇄ activități integrative socio-profesionale → adaptare → recuperare.

TEME DE CONTROL

1. Enumerați însușirile specifice ale funcțiilor și proceselor psihice la handicapații de intelect.
2. Analizați caracteristicile psihice prin prisma activității.
3. Descrieți formele procesului recuperativ și rolul educatorului în formarea comportamentelor socio-profesionale.

ORGANIZAREA PROCESULUI INSTRUCTIV-EDUCATIV PENTRU HANDICAPAȚII DE INTELECT

Preocupările legate de organizarea unui sistem instructiv-educativ pentru handicapații de intelect s-au intensificat în secolul al XIX-lea, cînd Esquirol a delimitat starea de handicap mintal de maladiile mintale, arătînd că ea este „o stare de deficit global, o condiție patologică în care facultățile intelectuale nu se dezvoltă". Dar, progrese mai importante au fost făcute mai tîrziu, prin contribuția lui A. Binet (1905) care, de pe pozițiile psihopedagogiei, definește și clasifică handicapurile de intelect după criteriul nivelului intelectual. Ulterior, se iau în considerație și alte criterii, cum ar fi cel al adaptării sociale, comportamental și al structurii însușirilor de personalitate.

Organizarea activității instructiv-educative a cunoscut diverse forme, de la cele ale unor inițiative particulare, ale unor asociații filantropice și bisericești pînă la cele de stat. Astfel, se consideră a fi o cotitură, în această ordine de idei, înființarea de clase speciale pentru handicapații mintal lejeri în Franța, în anul 1909. În schimb, în jurul anilor 1950, se extind substanțial școlile speciale pentru copiii handicapați moderat și sever, apărînd, totodată, și forme de organizare pentru persoanele cu deficit profund. În țara noastră, situația a fost întrucîtva diferită. La începutul secolului al XX-lea au apărut pentru copiii cu handicap sever așa-numitele „institute medico-pedagogice", iar după anul 1950, au fost înființate școlile ajutătoare pentru copiii cu handicap lejer.

1. ASPECTE PSIHOPEDAGOGICE ALE ORGANIZĂRII UNITĂȚILOR SPECIALE

În concepția specialiștilor se vehiculează tot mai intens noțiunile de *integrare, socializare și normalizare*. Dacă primele două concepte primesc acordul tuturor celor care se ocupă de handicapații de intelect, cel de normalizare, apărut mai recent, provoacă dispute de principiu și de aplicare în practică.

Integrarea și socializarea presupun formarea unor abilități comportamentale și social-profesionale în așa fel încît orice persoană handica-

pată mintal să poată desfășura o activitate și să ducă o viață alături de persoanele normale sau cît mai aproape de acestea. Desigur, atît integrarea, cît și localizarea se realizează în funcție de obiectivele activității educațional-recuperative și de gradul handicapului respectiv. În funcție de aceste criterii se adoptă programe speciale și se organizează acțiuni cu caracter formativ, în vederea pregătirii și dezvoltării acelor însușiri care să facă posibilă o adaptare la condițiile vieții social-profesionale. Astfel, în unitățile pentru handicapații sever și profund (căminele școală și căminele spital) obiectivele fundamentale ale procesului educațional recuperativ sînt axate pe dezvoltarea unor capacități practice de autoservire, de relaționare cu cei din jur, de abilitare motrică, de dezvoltare a unor însușiri senzoriale, de însușire a unor deprinderi manuale și profesionale, de formare a unor comportamente de comunicare, afective, motivaționale, volitionale etc. În schimb, pentru cei cu handicap lejer sau ușor școlile speciale (ajutătoare) se bazează pe obiectivele instrucției și educației, în egală măsură, ele sînt structurate, atît pe ideea formativă, cît și pe cea informativă. Ca atare, obiectivele învățămîntului special trebuie să fie, în principiu, asemănătoare cu cele ale învățămîntului de masă, dar adaptate la specificul particularităților psiho-individuale ale copiilor cu care se lucrează. Din această perspectivă, obiectivele învățămîntului special se realizează pe trei niveluri:

a) — *obiective generale*, ce cuprind scopuri sau finalități de scurtă durată și mai ales de lungă durată — au în vedere cunoașterea capacităților de învățare ale elevilor handicapați și urmărirea modului în care aceștia se integrează în societate după terminarea școlii.

b) — *obiective intermediare*, care sînt centrate pe taxonomia comportamentelor ce vor fi dezvoltate și consolidarea abilităților cu caracter integrativ.

c) — *obiective operaționale*, care presupun elaborarea de comportamente concret-acționale ce pot fi evaluate prin nivelul atins ca urmare a obiectivului respectiv, prin performanțele și formele de adaptare comportamentală în condiții determinate. Evaluarea trebuie să cuprindă criterii de cunoaștere a obiectelor și a utilității lor, autonomia în deplasare și acțiune, capacitatea de discriminare senzorial-perceptivă, nivelul comunicării și relaționării, dobîndirea de abilități profesionale, dezvoltarea comportamentelor cognitive, comunicaționale, afective, psiho-motrice, ludice, de socializare ș.a.

Rezultă, așadar, că există forme de integrare și socializare diferite atît în ceea ce privește manifestarea handicapaților, cît și în raport de eficiența acestora în exercitarea adaptării la viața cotidiană.

Normalizarea este conceptul care nu numai că a provocat controverse acute, dar ridică și o serie de probleme cu privire la existența învățămîntului special și a finalizării obiectivelor de normalizare în învățămîntul de masă. În acest context se pot remarca două orientări

principale: prima este susținută de acei specialiști care pun accent pe integrare și socializare, susținind, totodată, necesitatea învățămîntului special, iar cea de-a doua orientare este argumentată de cei ce pun sub semnul întrebării integrarea „normală" prin intermediul școlii speciale, militînd fie pentru clase speciale integrate într-o școală tradițională, fie pentru clase integrate ce cuprind colective mixte de elevi normali și handicapați, fie clase normale care să cuprindă doi-trei handicapați.

Specialiștii care susțin necesitatea învățămîntului special separat aduc următoarele argumente:

— prin învățămîntul separat se realizează o mai bună omogenizare a grupelor de elevi, ceea ce face posibilă aplicarea unor metodologii instructiv educative adaptate la condițiile lor;

— prin intermediul programelor aplicate în școlile speciale se are în vedere, în exclusivitate, nivelul și interesele elevilor, capacitățile lor de asimilare și potențialul de care dispun;

— prin toate programele instructiv-educative în școala specială se formează și se dezvoltă însușiri psiho-fizice care sînt fundamentale pentru integrarea socio-profesională ulterioară a handicapaților;

— încă din grădinițe și apoi în școli programele recuperative prevăd diferite forme de integrare a copiilor în lumea normalilor (prin jocuri realizate împreună cu copii normali, prin vizite și plimbări, petrecerea timpului liber în timpul vacanțelor cu normalii, spectacole și serbări realizate împreună cu copii normali etc);

— prin efectivul restrîns de copii, în școlile speciale se organizează activități care răspund mai eficient obiectivelor educaționale;

— învățămîntul separat dispune de cadre specializate, abilitate și cu experiență pentru dezvoltarea maximală a capacităților copiilor handicapați.

Adepții normalizării și integrării de timpuriu a copiilor handicapați în școlile de masă consideră că:

— este imposibilă o omogenizare a claselor de handicapați, dat fiind diferențele marcante dintre aceștia;

— în școlile speciale se aplică programe simplificate din învățămîntul obișnuit;

— prin învățămîntul special copilul handicapat este izolat de viața obișnuită și prin activitățile școlare cu normalii apar performanțe mai bune, ca urmare a contactului cu mediile superioare;

— școlarizarea în colective mixte determină o mai bună acceptare a copiilor handicapați de către cei normali;

— cadrele din învățămîntul special devin dezinteresate pentru specialitatea lor; unele dintre acestea lucrînd de nevoie aici.

În țara noastră, învățămîntul special (ajutător) pentru handicapații

de intelect se bucură de o tradiție și de o experiență relativ bogată și ca urmare sînt obținute rezultate edificatoare pentru nivelul de formare și de pregătire a acestora.

Programele instructiv educative ce se aplică în aceste școli sînt elaborate de specialiștii noștri, pornind de la cercetări riguroase sau de la o practică îndelungată cu astfel de elevi și poartă amprenta activităților specializate, a diferențelor specifice dintre copiii handicapați și cei normali. Rezultatele pozitive ale integrării și socializării copiilor școlarizați în învățămîntul special sînt înregistrate de unitățile respective prin urmărirea acestora după absolvirea școlii. La noi încă nu s-a creat o atitudine largă și condiții materiale care să ducă la aplicarea imediată a ideii de normalizare. O asemenea normalizare se poate realiza în timp, o dată cu crearea acestor condiții.

2. ACTIVITATEA CORECTIV RECUPERATIVĂ ȘI DE INTEGRARE SOCIO-PROFESIONALĂ A HANDICAPAȚILOR DE INTELECT

Așa cum a rezultat din cele de mai sus, scopul integrării și socializării handicapaților de intelect constă în însușirea unor instrumente de munca intelectuală, de pregătire pentru munca productivă și social-utilă, în așa fel încît fiecare persoană handicapată să-și poată aduce aportul la realizarea produselor societății respective și să aibă abilități comportamentale pentru viața activă. În acest context, pregătirea copiilor handicapați de intelect cu forme ușoare se realizează prin sisteme asemănătoare cu cele ale normalilor, începînd de la grădinițe, școli ajutătoare și terminînd cu școlile profesionale, în care ei dobîndesc, pe lîngă cunoștințe, și comportamente legate de socializare și profesionalizare. *În felul acesta, învățămîntul copiilor și tinerilor debili mintal face parte integrantă din sistemul instructiv-educativ general.* În vederea realizării obiectivelor învățămîntului și pregătirii pentru activitatea socio-profesională, întregul sistem instructiv-educativ din țara noastră este orientat ergoterapeutic și corectiv-compensator fără să se excludă, în continuare, perfecționarea metodologiei instructiv-educative și de perfecționare a abilităților practice. Sistemul recuperativ educațional vizează, în egală măsură, instruirea, adică însușirea de informații și formarea de deprinderi operaționale, ca și dezvoltarea însușirilor de personalitate și formarea unor comportamente adaptative.

Pentru a îndeplini astfel de scopuri, încă din grădiniță, activitățile se vor baza pe primele experiențe ale copiilor ca, ulterior, în școala ajutătoare, să se transmită și să se urmărească absorbția de noi cunoștințe cu un grad de dificultate mai avansat, dar care să nu depășească posibilitățile

comprehensive ale copilului. În școala profesională, se vor continua activitățile ce au ca scop dezvoltarea de ansamblu a însușirilor psiho-fizice ale tînărului handicapat, pentru a înlesni maturizarea personalității și învățarea unei meserii. Aici este momentul ca educația terapeutică să „accepte", pe de o parte handicapurile, limitele, tendințele patologice ale tînărului handicapat, iar pe de altă parte să-l ajute pe acesta în vederea dezvoltării compensatorii a unor însușiri pozitive care să faciliteze o integrare deplină.

Deși există în societatea contemporană, inclusiv în țara noastră, o tendință de diversificare a pregătirii handicapaților de intelect în domenii cît mai variate, totuși exercitarea unor meserii rămîne tradițională. Din această perspectivă, se apreciază randamentul și eficiența activităților desfășurate de către handicapați și cerințele pentru forța de muncă. Avînd în vedere acestea, la noi, ca și în multe țări, handicapații de intelect sînt pregătiți pentru meserii, ca: zugravi, croitori, vopsitori, țesători covoare, cismari, crescători de animale mici, viticultori, agricultori, grădinari, artizani, tîmplari, ceramiști, tapițeri, tricotori ș.a.

Prin conceperea utilității activităților desfășurate și prin satisfacția obținută în urma asigurării condițiilor de existență, chiar și parțiale, handicapatul se plasează într-o stare de echilibru în care adaptarea la condițiile mediului devine tot mai bună. Desigur, personalitatea handicapaților de intelect presupune, ca și metodologia instructiv-educațională, forme de organizare recuperative specifice în care să fie înglobate principii și strategii integrative, adaptate la caracteristicile subiecților care sînt implicați în activitățile respective. Astfel de principii și strategii trebuie să țină seama de potențialul psiho-fizic al handicapatului, dar să cuprindă, în același timp, o abordare multidisciplinară cu implicații în: psihologie, pedagogie, sociologie, medicină și profesionalizare. Se poate considera un succes al demersurilor făcute atunci cînd subiectul handicapat realizează că:

— părinții sau persoanele ce-i înconjoară efectuează o muncă folositoare societății;

— prin muncă pot fi ajutați semenii lor;

— orice societate implică exercitarea de servicii și profesii;

— pentru a exercita o meserie sînt necesare cunoștințe și deprinderi;

— există o anumită capacitate de analiză a ocupațiilor și de cunoaștere a modalităților de însușire a unei meserii;

— exercitarea unei meserii presupune un anumit sistem de comunicare și de relaționare cu cei din jur;

— în exercitarea unei meserii se depun eforturi, iar rezultatele obținute depind de acestea și de nivelul de pregătire;

— comportamentele profesionale și sociale creează avantajele adaptării și aprecierii colectivului etc.

Dacă pînă acum a rezultat că integrarea social profesională a handicapaților este dependentă de programele recuperative și de profunzimea handicapului, trebuie să remarcăm, că, așa cum afirma R. Zazzo, civilizația unei societăți poate fi apreciată și după atitudinea ce o manifestă față de o asemenea categorie de oameni. Mai mult, integrarea social profesională a handicapaților este dependentă și de condițiile atitudinale și materiale ce sînt create acestora de către societate.

TEME DE CONTROL

1. Analizați unele din criteriile după care se realizează integrarea handicapaților de intelect în unitățile speciale.
2. Comparați, din punct de vedere teoretic și practic, conceptele de integrare socializare și normalizare.
3. Subliniați principalele caracteristici ce trebuie să fie conținute în programele educational-recuperative și profesiile în care se pot pregăti handicapații de intelect.

HANDICAPUL DE AUZ

Handicapul de auz face parte dintr-o categorie mai largă, şi anume a celor cu afecţiuni senzoriale. Surdologia s-a constituit din necesitatea studierii acestei forme de handicap şi a elaborării unor măsuri psihopedagogice şi medicale, menite să contribuie la recuperarea şi inserţia socio-profesională a persoanelor cu deficit de auz. Din punctul de vedere al analizei noastre ne interesează, aşa cum am subliniat în primul capitol, domeniile surdopsihologiei şi surdopedagogiei, pentru a putea evidenţia specificul activităţii psihice, evoluţia şi dezvoltarea acesteia în condiţii libere şi de activitate, precum şi metodologia procesului instructiv-educativ şi a eficienţei programelor recuperative. În acest demers este necesar să se ia în consideraţie rolul deosebit al analizatorului auditiv în dezvoltarea şi evoluţia psihică a individului, ca urmare a facilitării comunicării verbale şi a acumulării cunoştinţelor. Prin instalarea unui deficit de auz se produc modificări în activitatea individului şi se perturbă relaţiile cu lumea înconjurătoare.

Cînd handicapul de auz este congenital sau cînd acesta apare la vîrstele timpurii intervin dificultăţi majore în însuşirea limbajului (mutenia), iar cînd degradarea auzului se produce după achiziţia structurilor verbale are loc un proces de involuţie la nivelul întregii activităţi psihice, dacă nu se aplică programe educaţionale speciale.

1. PROBLEMELE SURDOPSIHOLOGIEI ŞI SURDOPEDAGOGIEI

Preocupările faţă de handicapaţii senzorial, în genere, datează din cele mai vechi timpuri. Astfel, Aristotel, în lucrarea „Despre simţurile celor care simt", afirmă că „cine s-a născut surd acela devine apoi mut". Ulterior, în Codicele lui Justinian apar referiri la diferite categorii de handicapaţi, printre care şi la surzi, unde se exprimă atitudinea societăţii faţă de ei şi se stipulează drepturile pe care le aveau. Spre exemplu, în Cartea V-a se spune că „Orbul, surdul, mutul, furiosul şi cel care este atins de o maladie incurabilă sînt excluşi de la tutelă şi de la epitropie". Mai tîrziu în secolul al XVI-lea, în scrierile medicului, filosofului şi

matematicianului italian Girolamo Cardano, apar mențiuni legate de instrucția și educația surdomuților axate, în mod special, pe încercări de demutizare și comunicare verbală. În aceeași ordine de idei, literatura de specialitate îl citează pe spaniolul Pedro Ponce de Leon ca fiind primul ce a folosit limbajul oral (vorbirea articulată) ca formă a demutizării, iar Juan Pablo Bonet, cam în aceeași perioadă (1579—1633), a folosit, în principal, alfabetul dactil pentru formarea comunicării verbale, dar și limbajul scris, oral și mimico-gesticular. Cu toată influența preocupărilor spaniole, în Anglia, John Wallis sublinia rolul limbajului scris în dezvoltarea psihică a surdomutului și excluderea limbajului dactil din demutizare, iar labiolecturii îi acorda un rol nesemnificativ. Dimpotrivă, în Olanda, Francisc Van Helmont pune un accent deosebit pe citirea de pe buze (labiolectura) și întrevede necesitatea folosirii oglinzilor pentru demutizare. În aceeași țară, Johann Konrad Amman neagă utilitatea folosirii dactilemelor, insistînd pe vorbirea orală, el fiind considerat fondatorul școlii orale (oraliste).

Abatele Deschamps, în Franța, susține metoda oralistică și elaborează un alfabet special pentru orbii surdomuți. Dar reprezentantul cel mai de seamă pentru școala franceză rămîne Charles Michel de l'Epée (1712—1789). El întemeiază o școală pentru surdomuți și aplică o nouă metodă, cunoscută sub denumirea de „metoda mimicii" (franceză), care fundamentează comunicarea prin mimico-gesticulație.

Samuel Heinicke, cunoscut prin îmbogățirea metodei orale și excluderea mijloacelor auxiliare (în primul rînd a mimico-gesticulației), se angajează într-o interesantă polemică cu de l'Epée, din care va ieși triumfător.

În Polonia, Jacob Falkowschi întemeiază un institut pentru surdomuți și orbi, unde folosește metoda gesturilor, ca apoi să renunțe la aceasta și să adopte, în exclusivitate, metoda orală. Bazat pe folosirea metodei orale și germanul Friedrich Moritz Hill a încercat să organizeze învățămîntul surdomuților cît mai aproape de cel al copiilor normali.

O contribuție interesantă în secolele XIX și XX, au adus-o și specialiștii ruși, prin V.I. Flery, G.A. Gurțev, A.F. Ostrogradschi, A.I. Diacikov, L.V. Zankov care au încercat o fundamentare psihopedagogică a învățămîntului pentru handicapații de auz. Ca și pentru alte categorii de handicapați, primele forme organizate ale activității instructiv-educative pentru cei cu auzul deteriorat, în întreaga lume, au îmbrăcat aspecte ale asistenței filantropice și disponibilități acordate de biserici. Frecvent se apela la principiul învățării comunicării verbale pe bază de imitație, asemănător cu însușirea vorbirii în perioadele ontogenezei timpurii de către copii normali sau la folosirea intensivă a conversației, după modelul deprinderilor de a comunica într-o limbă străină; ambele cunoscute sub numele de „metodă naturală".

Rezultă că, sub aspect metodologic, pentru învățarea limbii, au fost utilizate trei metode principale:

a) metode care folosesc, preponderent, limbajul oral (metode orale);

b) metode care folosesc, preponderent, limbajul scris (metode scrise);

c) metode care adoptă o combinație între cele orale și scrise (metode mixte), făcînd apel, deseori, la mijloacele auxiliare de demutizare (dactileme, labiolectură și mimico-gesticulație).

În surdopsihopedagogie sînt cunoscute, după locul unde s-au dezvoltat și ponderea acordată, mai multe metode, cum sînt cea *italiană*, *franceză*, *germană*, *austriacă*, *belgiană* etc. S-a remarcat și o metodă *românească* pentru demutizare, izvorîtă din activitatea practică și care îmbina principiul însușirii globale cu cel analitico-sintetic fără a neglija sau exagera apelul la mijloacele auxiliare. Preocupările pentru existența handicapaților de auz din țara noastră au mai bine de un secol de existență. Astfel, în anul 1863 ia ființă o formă de școală pe lîngă locuința Dr. Carol Davila care devine, ulterior, o secție a Azilului „Elena Doamna" și apoi a Institutului pentru surdomuți de la Focșani (1895). Dar chiar înainte de aceasta, se citează existența unui institut particular la Dumbrăveni (1828). După acestea, apar noi forme de organizare a învățămîntului în multe din orașele mari ale țării. Legea învățămîntului din 1924 stipulează că la școlile sau clasele speciale pentru handicapați, inclusiv de auz, vor funcționa învățători asistenți numiți dintre absolvenții școlilor normale și învățători titulari care obțin posturile pe bază de concurs după un stagiu de doi ani de funcționare într-o școală specială.

În prezent, în țara noastră funcționează grădinițe, școli generale, profesionale și tehnice pentru hipoacuzici și pentru surzi. Dintre dascălii care au reușit să impună metoda românească și să elaboreze programe educaționale interesante, încă de la începutul secolului nostru, citățm pe D. Rusticeanu, I. Ciorănescu, C.P. Timofte ș.a.

2. CAUZELE ȘI CLASIFICAREA HANDICAPURILOR DE AUZ

Handicapul de auz se manifestă în anumite forme sau grade ce cuprind deteriorări parțiale sau totale. Astfel, degradarea auzului între 0—30 decibeli determină o hipoacuzie ușoară, între 30—60 decibeli, o hipoacuzie medie sau moderată, între 60—90 decibeli, o hipoacuzie severă sau profundă și la peste 90 decibeli se instalează surditatea sau cofoza.

Surdițățile pot fi ereditare sau dobîndite. Cele ereditare pot lua formele: a) forma Siebenmann, în care se produc lezarea capsulei osoase și leziuni ale celulelor senzoriale ori ganglionare de la nivelul fibrelor nervoase; b) forma Sheibe, ca urmare a atrofiei nicovalei, prin lezarea senzorială a canalului cohlear, a saculei, a organului Corti și a vasculari-

zării striate; c) forma Mondini, determinată de leziunea nucleului, dilatarea vestibulului și a canalului cohlear, atrofia nervului cohlear, a ganglionilor și a organului Corti, iar surdităţile dobîndite pot fi: a) prenatale, la baza cărora stau maladiile infecţioase ale gravidei, tulburările metabolice, endocrine, diabetul, hemoragiile etc.; b) neonatale, produse prin leziuni anatomo-patologice în timpul naşterii, hemoragii meningiene, incompatibilitatea între grupele sangvine ce duc, de asemenea, la lezarea cohleară; c). postnatale, care pot avea o natură infecţioasă toxică sau traumatică. În general, toate deficienţele de auz pot fi provocate de o etiologie variată dintre care citãm diferite boli, ca: meningitele, encefalitele, sifilisul, poliomelitele, difteria, pojarul, tuberculoza, traumatismele, otitele, abuzurile de antibiotice, alcoolismul, cosanguinitatea ereditară, malformaţiile urechii medii şi externe ş.a. Ţinînd seama de etiologia anatomo-fiziologică, surdităţile se mai pot clasifica în: surditate de transmisie sau de conducere (sunetul este împiedicat să ajungă la urechea internă), de percepţie (pierderea funcţiei de recepţie la nivelul urechii interne) şi centrală (afecţiuni ale nervului auditiv sau cerebral). O altă clasificare a surdităţilor a dus la împărţirea acestora în ereditare şi contractate. Etiologia surdităţii ereditare se referă la unele anomalii cromozomiale, iar cele contractate sînt determinate de o serie de factori enumeraţi mai sus, şi pot apărea la diferite vîrste.

Depistarea şi diagnosticarea handicapului de auz cît mai timpuriu facilitează luarea unor măsuri medicale şi psihopedagogice pentru a asigura o dezvoltare apropiată de normal şi de a organiza activitatea de formare a comunicării, a exersării cogniţiei. Disfuncţia auditivă poate fi depistată încă din primul an de naştere, printr-o serie mijloace empirice, dar şi ştiinţifice. Pentru copiii mici se iau în consideraţie reacţiile de răspuns la diferite sunete ce se manifestă prin tresărire, mişcări ale ochilor sau ale unor segmente ale corpului în direcţia sursei de zgomot, înţelegere şi răspuns la vorbire, indicarea unor obiecte numite de către adult etc. În jurul vîrstei de 3 ani se poate aplica şi audiometria şi se pot utiliza unele teste de auz, cum sînt testul lui Weber, testul lui Rinne şi testul lui Schwabach. Aceste teste sînt menite să diferenţieze surdităţile de percepţie de cele de transmisie şi ajută, totodată, la depistarea unor forme de cofoză mixtă.

Testul lui Weber se bazează pe faptul că persoanele normale percep tonul diapazon ce este aplicat pe frunte. Cînd diapazonul este aplicat pe linia mediană a frunţii unui handicapat care suferă de o surditate unilaterală a urechii medii, sunetul diapazonului va fi perceput în urechea bolnavă, iar în condiţiile cînd surditatea este provocată de afectarea labirintului sau a nervului auditiv unilateral, sunetul este auzit în urechea normală.

Cu ajutorul testului Rinne se poate realiza verificarea separată a

fiecărei urechi o dată cu blocarea urechii opuse. Pentru aceasta, diapazonul în vibrație se aplică pe apofiza mastoidă și în cazul cînd sunetul nu este perceput, diapazonul se apropie de meatul auditiv. Cînd surditatea este localizată la urechea medie, subiectul nu aude sunetul dacă este îndepărtat de os, iar dacă auzul este normal, sunetul poate fi auzit, un timp și după încetarea percepției osoase.

Testul lui Schwabach contribuie atît la verificarea conductibilității osoase, cît și la cea aeriană. Procedeul constă în raportarea unor calități ale auzului subiectului testat la cele ale examinatorului. Astfel, cînd subiectul nu mai aude sunetul prin conductibilitatea osoasă, diapazonul se aplică pe apofiza mastoidă a examinatorului, iar cînd nu aude sunetul prin conductibilitate aeriană, diapazonul este plasat în apropierea urechii examinatorului. Pentru ambele forme ale testării se marchează timpul în care examinatorul continuă să audă sunetul după ce subiectul nu-l mai aude, timp, ce se constituie ca parametru al pierderii auzului.

Toate cele trei teste pun în evidență faptul că afectarea urechii medii duce numai la disfuncționalitatea aeriană, iar surditatea determinată de leziuni ale urechii interne sau ale căilor auditive determină afecțiuni atît în transmiterea sunetului prin intermediul oaselor craniului, cît și prin aer.

Comportamentele și activitatea psihică a handicapatului de auz se manifestă și în funcție de gradul pierderii auzului, dar fără a neglija alte caracteristici, cum sînt cele legate de vîrsta la care intervine afecțiunea, potențialul psihic, condițiile mediului socio-cultural în care trăiește etc. Aceste aspecte au la bază, în primul rînd, modul în care subiectul se poate relaționa prin comunicare cu cei din jur. Dacă în hipoacuzia ușoară și în cea medie realizarea contactului cu cei din jur se face printr-o sporire a auditiei și o apropiere relativă față de sursa de emisie, în hipoacuzia severă încep să apară dificultăți ce pot fi relativ estompate prin utilizarea protezelor, iar în cofoză se impune o demutizare precoce.

3. CARACTERISTICILE FUNCȚIILOR ȘI PROCESELOR PSIHICE LA HANDICAPAȚII DE AUZ

În cadrul surdopsihologiei și surdopedagogiei sînt elaborate programe speciale de stimulare a funcțiilor și proceselor psihice și de formare a comunicării verbale pentru hipoacuzici și surzi, care să asigure o adaptare socială cît mai apropiată de cea a normalului. În această ordine de idei, metodologia aplicată se bazează pe cunoașterea caracteristicilor activității psihice ale handicapaților de auz și pe nivelul afecțiunii respective. Unele forme ale handicapului de auz pot determina o întîrziere intelectuală, ca o consecință a destructurării raportului dintre gîndire și limbaj. Astfel, C. Pufan afirmă că gîndirea surzilor se manifestă în anumite limite ca urmare a faptului că aceștia operează cu imagini generali-

zate, iar analiza, sinteza, comparația, abstractizarea și generalizarea, realizate preponderent prin vizualizare, duc la o serie de caracteristici specifice legate de concretism, rigiditate, șablonism, îngustime și inerție. Raportînd gîndirea handicapatului de auz la cea a auzitorului se pot releva caracterul concret neevoluat al acestuia și progrese semnificative, obținute o dată cu formarea gîndirii noțional-verbale, prin demutizare. Prin demutizare, handicapatul de auz parcurge drumul de la limbajul mimico-gesticular la cel verbal și de la gîndirea în imagini la cea noțional-verbală. Limba capătă noi valori prin trecerea de la folosirea semnelor la folosirea cuvintelor, care generalizează și contribuie la achiziția de informații. În felul acesta, informațiile senzoriale se completează cu cele intelectuale, în care se vehiculează proprietățile de cauzalitate și esențializare ale obiectului. Pentru a ajunge într-un asemenea stadiu, gîndirea handicapatului de auz trece prin faze diferite:

— gîndirea vehiculează situații concrete, cu obiecte și imagini;

— gîndirea începe să se folosească de noțiuni verbale concrete;

— gîndirea atinge stadiul de folosire a noțiunilor și sistemelor de relații abstracte, care permit elaborări de idei.

Parcurgînd anumite momente, gîndirea și limbajul contribuie la structurarea personalității și a activității psihice, în genere, în următoarele etape:

a) etapa premergătoare demutizării, în care gîndirea și limbajul se bazează pe imagini;

b) etapa începerii demutizării, în care gîndirea și limbajul se realizează pe bază de imagini și parțial pe bază de cuvinte;

c) etapa demutizării avansate, cînd gîndirea și limbajul se realizează pe bază de cuvinte și, parțial, pe bază de imagini;

d) etapa înfăptuirii demutizării în care atît gîndirea, cît și limbajul au, relativ, aceleași caracteristici ca a persoanelor normale.

Pentru a parcurge aceste etape, copilul handicapat de auz trebuie antrenat într-un sistem de „comunicare totală", în care comunicarea orală ce ocupă locul predominant va fi ajutată de limbajul mimico-gestual, de labiolectură, de scriere, de citire, de dactileme. Așa se poate menține un echilibru formativ între formele limbajului. Acesta nu diminuează valoarea limbajului verbal, dar înlesnește achiziția lui cu ajutorul mijloacelor auxiliare.

Rezultă, așadar, că în funcție de gradul pierderii auzului au loc o serie de consecințe pe toate palierele activității psihice, atît din punct de vedere calitativ, cît și cantitativ. Aceste caracteristici își pun amprenta asupra formării comportamentelor și structurii trăsăturilor de personalitate ale handicapatului. Spre exemplu, surditatea din naștere blochează însușirea comunicării verbale și achiziția de experiențe sociale, limitînd dezvoltarea capacităților intelectuale și dobîndirea de însușiri ce stau la baza constituirii personalității, iar în surdităților inter-

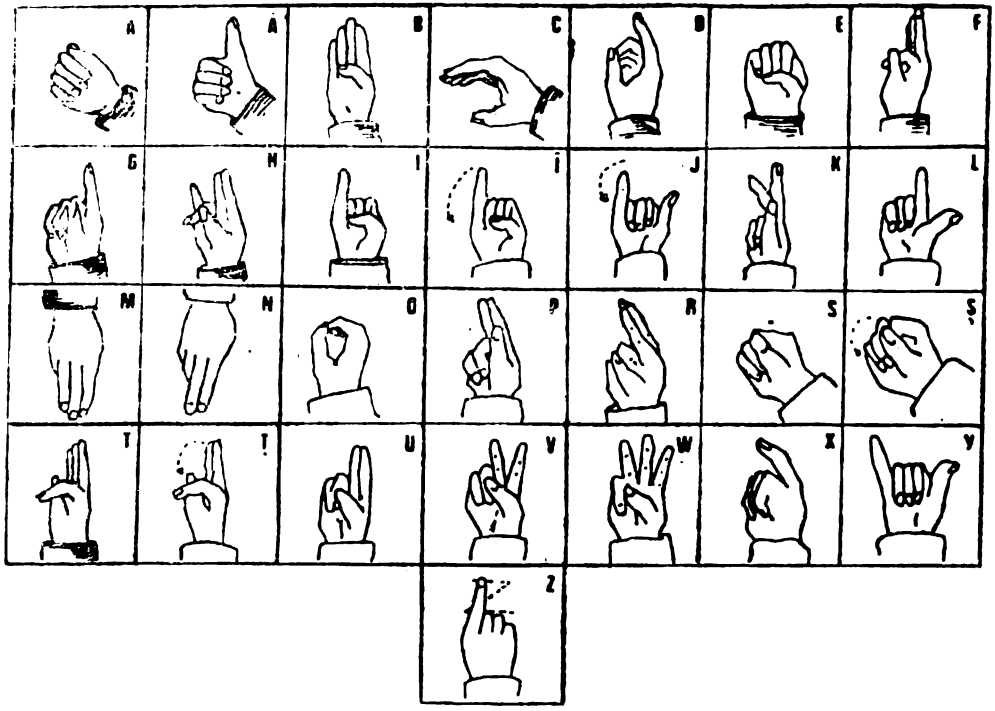

Fig. 2. Alfabetul dactil utilizat în învățământul surzilor din țara noastră

venite, după achiziția comunicării, acestea pot fi diminuate, dacă se intervine în mod organizat pentru stimularea ei și a întregii activități psihice. Chiar și în handicapul parțial (hipoacuzie) se pot ivi fenomene de stagnare sau de regres, în lipsa unui mediu stimulativ care să întrețină comunicarea. Deși se știe că prin ea însăși difuncția auditivă nu are un efect determinant asupra dezvoltării psihice, dar duce la instalarea mutității care stopează evoluția limbajului ca mijloc de comunicare și instrument intelectiv, ea restrînge, totuși, activitatea psihică de ansamblu. O dată cu asigurarea condițiilor de demutizare pentru surdomut și de stimulare a comunicării verbale pentru hipoacuzi se pun bazele formării gîndirii noțional-verbale și se facilitează dobîndirea de experiențe, de cunoștințe, de cultură, imprimînd caracter informativ și formativ activității cu handicapații de auz.

Pentru realizarea acestor deziderate, școlii și cadrelor didactice le revine sarcina de a folosi o metodologie specifică pentru formarea comunicării verbale și crearea posibilităților de învățare a limbajului. O asemenea metodologie vizează formarea comunicării verbale, care trebuie să pornească de la ideea că procesul de învățare se va baza pe mimicogesticulație, labiolectură și, într-o oarecare măsură, pe dactileme. Dar la hipoacuzici și la surdomuții în curs de demutizare, forma principală de învățare trebuie să alterneze, în funcție de structura clasei de

elevi, spre învățarea intelectuală și învățarea efectivă. În același timp, învățarea motrică și învățarea morală vor însoți întregul proces educativ, date fiind necesitatea formării unor deprinderi de abilitare psihomotrică și a elaborării unor habitudini psihocomportamentale. De asemenea, trebuie să se aibă în vedere, la surdomutul în curs de demutizare, că metodologia învățării comunicării, bazată pe utilizarea exclusivă a limbajului mimicogesticular, dactil etc., oricît de perfecționate ar fi acestea, nu pot asigura exprimarea nuanțată, complexă și precisă a întregului complex al gîndirii, ceea ce presupune și dezvoltarea limbajului verbal prin intermediul căruia se realizează interrelaționarea de tip uman și stimularea cogniției. Dificultăți și limitări rezultă și din faptul că limbajul gestual presupune transmiterea simultană a semnelor în timp ce semnalele sonore se produc succesiv, ceea ce facilitează o mai bună discriminare a fenomenelor și cuvintelor. Prin demutizarea surdomutului și dezvoltarea vorbirii hipoacuzicului, vocabularul se îmbogățește continuu și se perfecționează pronunția, astfel încît cuvintele învățate înlocuiesc, tot mai frecvent, exprimarea prin gesturi. Cu toate acestea, handicapul de auz va influența, și în continuare, modul de exprimare și calitatea vorbirii subiectului. În aceste condiții, vorbirea handicapaților de auz se menține deficitară pe linia *exprimării*, a *intonației*, a *ritmului*, a *calității articulației*, ceea ce afectează inteligibilitatea vorbirii.

Avînd în vedere faptul că hipoacuzicii au posibilitatea de a percepe unele sunete și cuvinte, vocabularul lor se dezvoltă mai rapid și se ajunge la folosirea tot mai corectă a înțelegerii și exprimării prin cuvinte și propoziții. Procesul de însușire a structurilor verbale, ca și automatizarea lor sînt dependente de structura fonetică a cuvintelor, de utilizarea acestora cît mai frecvent în diverse activități, de gradul de accesibilitate al cuvintelor, de felul în care educatorul știe să le lege de conținutul concret pentru a facilita la elevi surprinderea semnificației lor. Activitatea de învățare a limbajului atît în grădiniță, cît și în școala specială trebuie să se bazeze pe o metodologie specifică, care să permită realizarea legăturii dintre cuvinte, imaginile labiovizuale și semnificația verbală, pentru a se putea ajunge la elaborarea de stereotipii dinamice, prin intermediul cărora, receptarea succesiunii de imagini labiobucale a sunetelor vizibile să determine declanșarea articulației și să facă posibilă înțelegerea comunicării.

Cînd se atinge stadiul de trecere de la limbajul mimicogestual la limbajul verbal, la surdomutul în curs de demutizare se creează condiții pe plan mintal, pentru trecerea de la gîndirea în imagini la gîndirea noțional-conceptuală. În aceste condiții, cuvîntul stimulează nu numai dezvoltarea gîndirii, dar și a celorlalte procese psihice. În acest caz, noțiunea devine integrator al treptei senzoriale și logice, deoarece cu ajutorul cuvîntului ce o exprimă, se acumulează experiență și se vehicu-

lează informația necesară desfășurării operațiilor gîndirii: abstractizarea, generalizarea etc. Ca urmare, schemele operaționale se perfecționează în raport de parcurgerea etapelor caracteristice gîndirii și limbajului ce se modifică calitativ și cantitativ în procesul demutizării.

Handicapații de auz care nu beneficiază de demutizare au tendința de a se izola de auzitori, ceea ce duce la întreținerea unor relații interumane restrînse, cu efecte negative pe linia integrării sociale și profesionale. Prin izolare se instalează o serie de caracteristici în care copilul handicapat devine timid, dependent, neîncrezător în forțele proprii, anxios, negativist, lipsit de inițiativă, nemotivat pentru activități. În raport însă de cantitatea și calitatea procesului recuperativ asemenea neajunsuri pot fi depășite și se pot asigura condiții normale pentru socializare și profesionalizare. Activitatea organizată de învățare imprimă relației dintre cognitiv și afectiv un astfel de curs încît copilul își formează comportamente ce au la bază motivații asimilate prin înțelegere și conștientizare. De aici și trăirea mai puțin dramatică a deficienței de care suferă. În acest context, activitatea recuperativ-compensatorie contribuie la reabilitarea socială a handicapaților de auz.

4. PROBLEME ALE PROTEZĂRII

Deși folosirea protezelor auditive este recunoscută ca avînd un caracter compensator și contribuie la însușirea comunicării verbale, apar totuși unele probleme legate de perioada de vîrstă și dezvoltare mintală ca și de nivelul afectării auzului. Oricum, aparatura amplificatoare îi ajută pe hipoacuzici și chiar face posibilă școlarizarea acestora împreună cu auzitorii. Protezării i se recunoaște eficacitatea, mai cu seamă în hipoacuziile ușoare și mijlocii, dar ridică o serie de probleme în handicapul auditiv sever și în utilizarea acestora la surzii cu resturi auditive. Pentru acestea, audiometriei îi revine sarcina să departajeze cu precizie deficitele auditive și urechea cea mai puțin afectată. Astfel, măsurarea cu ajutorul audiometrului a nivelului audiției se face pentru fiecare ureche în parte. Convențional, datele obținute de la urechea dreaptă sînt notate cu un cerculeț O de culoare roșie, iar cele provenite de la urechea stîngă, printr-un semn în formă de X de culoare albastră. Pragul audiției trebuie raportat și la fenomenul lateralității acustice cînd una din urechi, de obicei cea dreaptă, se manifestă ca fiind mai sensibilă. Protezele cunosc o continuă perfecționare. Luînd în considerare principiul amplificării, ele pot fi împărțite astfel:

— cu amplificare lineară, ce sporesc nivelul audiției cu 30—40 decibeli pe toate frecvențele;

— cu amplificare selectivă, ce amplifică numai frecvențele care sînt necesare audibilității;

— prin compresie, cu ajutorul cărora se selectează frecvențele inutile de cele utile;

Și aparatele auditive s-au diversificat în amplificatoare cu lămpi electronice sau tranzistori, în căști auriculare, în ochelari acustici, în agrafe acustice, în contururi de ureche ș.a. În ultimul timp, pentru facilitatea comunicării la distanță se folosește telefonul bazat pe adaptarea unui vibrator și a unei chei pentru telegrafia Morse sau telefonul cu ecran video etc.

Referitor la vîrsta potrivită pentru protezare, părerile specialiștilor sînt împărțite. Unii susțin ideea că protezarea trebuie să se realizeze cît mai de timpuriu atît pentru obișnuirea copilului cu proteza, cît și pentru facilitarea achiziției limbajului, iar alții sînt pe părere că protezarea trebuie făcută cu precauție și la vîrste mai mari, motivînd aceasta prin faptul că uneori proteza poate duce la deteriorarea auzului. Oricum eficiența protezelor este recunoscută și de către handicapații de auz, dar trebuie să se manifeste o anumită grijă în ceea ce privește durata utilizării lor și menținerea în stare de funcționare, de curățenie a aparatului. În același timp, copilul trebuie obișnuit și învățat cum să folosească aparatul și, mai ales, cum să asculte cu el. În acest sens, se poate vorbi de un adevărat antrenament auditiv din care nu se exclude perioada de adaptare a copilului la prezența protezei. Pot apărea și unele reacții psihologice negative față de utilizarea aparatului, dar și reacții de neacceptare biologică atunci cînd fizic, copilul este deranjat sau iritat de aparat.

O dată cu folosirea aparatului, copilul va fi învățat să localizeze, să discrimineze diferitele sunete, să diferențieze un zgomot de un sunet cu o anumită semnificație, să distingă unitățile verbale de foneme, silabe, cuvinte, ca în final, să înțeleagă mesajul verbal și să poată răspunde adecvat..

TEME DE CONTROL

1. Descrieți succint, principalele etape ale preocupărilor față de handicapatul de auz, insistînd pe metodele utilizate în demutizare la noi și în străinătate.
2. Enumerați criteriile de clasificare a handicapului de auz și subliniați clasificările mai des folosite.
3. Analizați specificul funcțiilor și proceselor psihice la handicapații de auz.
4. Precizați rolul protezării și utilitatea ei.

ORGANIZAREA PROCESULUI INSTRUCTIV-EDUCATIV PENTRU HANDICAPAȚII DE AUZ

În organizarea sistemului instructiv-educativ se adoptă structuri și tehnologii care să răspundă necesităților recuperative în funcție de profunzimea handicapului și de potențialul psihic al subiecților. Sistemul de învățămînt este conceput și pentru handicapații de auz ca parte integrantă a sistemului general al educației, dar păstrînd înlăuntrul său specificitatea și diversitatea formelor de intervenție adaptate la condițiile copiilor cu care se lucrează. Un asemenea sistem vizează, în egală măsură, factorii informativi, cît și cei formativi, sociali și profesionali, profilactici și terapeutici ce se constituie într-un ansamblu corectiv-recuperativ. Astfel conceput, el dă unitate procesului instrucției și educației, compensării și reeducării, ajungînd la forme superioare de adaptare și integrare a handicapaților. În acest context, vîrsta trebuie concepută ca posedînd capacitate pentru transformări cantitative și calitative ce se concretizează în procesul dezvoltării care nu-i întotdeauna uniform și continuu, ci poate cunoaște și unele perioade critice datorate handicapului sau intervenției insuficient structurate.

1. METODOLOGIA DEMUTIZĂRII ȘI ORGANIZAREA UNITĂȚILOR SPECIALE

În țara noastră, organizarea unităților speciale se bazează pe gradul pierderii auzului sau pe forma handicapului.

Astfel, copiii cu o pierdere parțială a auzului (hipoacuzicii) beneficiază, în afara grădinițelor, de școli speciale ca și cei cu surdo-mutitate. O asemenea organizare a pornit de la faptul că în școlile pentru hipoacuzici metodologia instructivă este relativ asemănătoare cu cea pentru auzitori, în vreme ce în școlile pentru surdo-muți structurile adaptate sînt centrate pe procesul demutizării în vederea transformării copilului surdo-mut în surdo-vorbitor. Și într-un caz și în altul, ținînd seama de dificultățile ce le întîmpină copilul handicapat, dinamica procesului instructiv educativ se realizează de la simplu la complex, de la subiectiv la obiectiv, de la prelogic la logic, de la concret la abstract. Desigur, pe

fondul acestor obiective se iau în considerație factorii dezvoltării psihice, de cultură și educație, de experiență și învățare, de potențial restant și de perspectivă a dezvoltării intelectuale. Aceasta nu înseamnă neglijarea aspectelor motivaționale și atitudinale, ele devenind mobil intern al acțiunii copilului care facilitează modelările speciale.

În acest context, organizarea și dirijarea compensării și recuperării, ca de altfel a întregului sistem instructiv-educativ, vor lua în considerație particularitățile psihice ale copilului și specificul handicapului său. Ca urmare, tabloul polimorf al handicapatului de auz trebuie să țină seama de *starea critică biologică*, care creează dificultăți în planul relaționării cu lumea înconjurătoare, al echilibrului și orientării spațio-temporale; *starea critică verbală*, ce afectează comunicarea și accesul la informații; *starea critică social-afectivă* ce determină stări de frustrație și anxietate și, în fine, *starea critică a cogniției*, manifestată prin retard intelectual ca urmare a accesului redus la cultură.

La unele din aceste aspecte se referă M. Debesse, care descrie caracteristicile gîndirii primitive, concrete și senzorial-motrice la surzi. P. Oléron remarcă nivelul scăzut al înțelegerii surzilor în raport cu capacitatea lor acțională, iar S. Borel-Maisonny exprimă caracterul optimal al învățămîntului prin folosirea unor metode optime ce pot înlătura retardul intelectual.

Integrarea copilului în activitatea școlară și trecerea sa printr-un program de recuperare se bazează pe evaluarea și diagnosticul capacităților sale; în felul acesta se poate ajunge la o apreciere mai corectă a evoluției probabile (prognoză). Pentru aceasta, psihodiagnoza trebuie să contribuie la diferențierea tulburărilor organice de cele funcționale în producerea handicapului, stabilirea rolului factorilor socio-cultural și familial în raport cu cei ereditari, depistarea altor factori etiologici și estimarea nivelului handicapului (primar, secundar, psihic, senzorial, motric) și nu în ultimul rînd adaptarea metodologiei specifice compensativ-recuperative. În felul acesta, procesul compensativ-recuperativ cuprinde învățarea și educația, ceea ce presupune un anumit nivel de înțelegere și de participare. Astfel de programe sînt de natură psiho-pedagogică, profesionale și sociale care folosesc metode și terapii didactice, ocupaționale și socio-familiale.

Avînd în vedere specificul handicapului de auz, unul din obiectivele principale în acest demers este și acela al demutizării, care presupune un îndelungat proces de învățare. În cadrul acestuia intervin o serie de factori obiectivi și subiectivi, o serie de principii și legități. În demutizare se adoptă transmiterea cunoștințelor atît prin intermediul cuvintelor, cît și al mijloacelor auxiliare de comunicare, din care se pot desprinde două categorii de asociații: lineare, ce au o structură simplă

și una ramificată, cu o structură complexă. Asociațiile lineare se pot realiza prin:

a) — de la imagine se ajunge direct la cuvîntul ce o denumește, fără să se folosească alte mijloace de comunicare intercalate;

b) — între imaginea și cuvîntul ce o denumește se intercalează un mijloc auxiliar;

c) — între imaginea și cuvîntul ce o denumește se intercalează două sau mai multe mijloace auxiliare;

d) — între imaginea și cuvîntul ce o denumește se intercalează un cuvînt deja cunoscut de copil.

Deși asociațiile ramificate respectă principiile enunțate mai sus, ele sînt mai variate, dat fiind faptul că:

a) între imagine și cuvînte se intercalează, concomitent, două mijloace auxiliare;

b) între imagine și cuvînt se intercalează, concomitent, mai multe mijloace auxiliare.

În aceste forme de asociații (ramificate) se creează un avantaj care constă în faptul că ele se mențin toate active și cu posibilitatea copilului de a le folosi în mod egal, fără preferințe.

Măiestria specialistului (a demutizatorului) se estimează și după rapiditatea în care elevul ajunge să asocieze imaginea cu cuvîntul, fără să mai treacă prin alte forme, iar prin formarea unor deprinderi de acest fel, surdo-mutul devine surdo-vorbitor.

În ordinea etapelor demutizării și ale formării vorbirii se pot adapta principii ce se referă la:

— respectarea caracteristicilor naturale de dezvoltare a vorbirii, de la simplu la complex, de la ușor la greu, asemănător achizițiilor limbajului în ontogeneza timpurie;

— învățarea gradată și deductivă a sunetelor mai dificil de pronunțat (din cele care nu presupun dificultăți majore), respectînd în felul acesta particularitățile fiziologice și fonetice;

— învățarea sunetelor, ca de altfel și a cuvintelor și propozițiilor, se face în succesiune, confruntînd aspectele formale cu cele semantice.

2. PROBLEMELE RECUPERARII BIOLOGICE, PSIHICE ȘI SOCIALE

În literatura de specialitate contemporană s-a acreditat tot mai mult ideea că recuperarea privește și dezvoltarea auzului (biologic). S-a constatat chiar că și în formele de cofoză avansată există unele resturi minore de auz ce nu trebuie neglijate. De cele mai multe ori, aceste resturi nu permit discriminarea sunetelor sau a vocii umane, dar prin intermediul lor pot fi percepute unele zgomote sau tonalități. La acestea se pot adăuga și unele semnalări senzoriale pe cale osoasă.

Pe baza acestor caracteristici ale resturilor auditive se pot forma și dezvolta unele percepții.

Pentru aceasta se apelează la surse sonore neverbale, corespunzătoare acuității auditive, care au rolul de a pregăti folosirea aparatelor de amplificare. Sursele sonore utilizate trebuie să depășească pragul audibilității; pentru aceasta ele vor fi asociate cu acele caracteristici ale calității sursei sonore pentru a facilita diferențierea și înțelegerea conținutului în raport cu sursa emitentă. Spre exemplu, surse sonore emise de tobe, trompete, pian, acordeon etc. vor fi reproduse de către copii, ceea ce contribuie la diferențierea lor. După obținerea unor astfel de rezultate se va apela la perceperea vocii umane, a diferențierii vocii copilului de a adultului, a vocii bărbatului de a femeii etc. Cînd se întîmpină dificultăți sporite, copilul este pus în situația de a percepe cu degetele vibrațiile buzelor, laringelui, toracelui, concomitent cu emiterea vocală, ajungîndu-se la o cît mai bună înțelegere a caracteristicilor sursei sonore. Este indicat să se folosească, pentru început, cuvinte monosilabice și bisilabice și numai ulterior cuvinte obișnuite și propoziții, dar toate trebuie să se încadreze în cîmpul optim de audiție al copilului. În stadiul următor, se va insista pe semnificația unităților sonore folosite, ajungînd la însușirea noțiunilor.

Unde este posibil, antrenamentul senzorial se va baza și pe folosirea aparaturii de amplificare. Cu aceasta sau fără aceasta, reeducarea trebuie să țină seama de principiile intuiției și ale accesibilității, ceea ce ar facilita corelația dintre obiect, imagine, cuvînt și înțelegerea structurilor verbale utilizate.

Recuperarea biologică presupune și recuperarea psihică și cea socială. Nivelul dezvoltării psihice și particularitățile psiho-genetice ale copiilor nu se limitează numai la reabilitarea funcției analizatorului deficitar, ci presupune dezvoltarea acelor însușiri fiziologice (compensatorii) și ale diferitelor funcții sau procese psihice, iar în cadrul acestora, dezvoltarea comunicării verbale constituie premiza recuperării psihologice și inserției sociale (prin recuperarea socială). Demutizarea, ca parte componentă a recuperării, presupune formarea și dezvoltarea nu numai a comunicării orale, dar și a celei scrise.

Spre deosebire de auzitor, la surdo-mut însușirea limbajului scris-citit se realizează, concomitent, cu achizițiile limbajului vorbit. Deși o asemenea acțiune se prelungește pe toată durata școlarizării, ea trebuie să înceapă de la vîrstele precoce, chiar din grădiniță, prin utilizarea unor elemente grafice și de abilitate manuală în care trasarea de linii și contururi, desenele, modelajul, cunoașterea părților corpului devin componente importante ale pregătirii copilului pentru școală. La baza acestui proces complex stă formarea deprinderilor de scris-citit în corelație permanentă cu înțelegerea mesajelor vorbirii orale și asocierea repetată a cuvintelor cu obiectele sau acțiunile ce le denumesc.

Asemenea asociații se fac pînă cînd copiii ajung să utilizeze în mod independent mesajul verbal și să identifice reelația dintre fonem și grafem.

În practica școlară s-a constatat că atît copiii hipoacuzici, cît și cei surzi au capacități evidente care le îngăduie însușirea scris-cititului; uneori, acestea pot chiar devansa pe acelea legate de perceperea și formarea pronunției în vorbirea orală. Ulterior, se urmărește consolidarea deprinderilor de scris-citit, prin exersarea unui material verbal tot mai complex în care creșterea gradată a unităților verbale și înțelegerea acestora se realizează pe etape. Astfel, acestor activități li se conferă o valoare compensatorie și recuperatorie, ele contribuind la relaționarea copiilor cu cei din jur, prin comunicare și la dezvoltarea activității psihice, prin achiziția de informații.

În unitățile școlare pentru handicapații de auz s-a acreditat, pe bună dreptate, ideea că învățarea are un pronunțat caracter informativ și formativ pentru toate formele recuperării (biologică, psihică, socială).

Ținînd seama de faptul că handicapații senzoriali (inclusiv cei de auz) dispun de posibilități recuperatorii mai mari decît handicapații de intelect, varietatea formelor ce se aplică, prin învățare, sînt diverse și mai complexe.

Din această perspectivă, se folosesc forme ale învățării spontane dublate de o învățare organizată, cu accente pe învățătura cognitivă și prin continue stimulări ale învățării afective, morale și psihocomportamentale. Ca urmare, apar acumulări cantitative și calitative în viața psihică a copilului și se conturează unele caracteristici ale personalității acestuia, care stau la baza formării componentelor ei stabile.

3. SPECIFICUL INTEGRĂRII SOCIO-PROFESIONALE

Integrarea socială și profesională se realizează în etape, etape ce depind de calitatea procesului educațional-recuperativ, cît și de o serie de factori subiectivi ce privesc dezvoltarea psihică a subiectului, calitatea și cantitatea dezvoltării psihice, motivația și calitățile voliționale, atitudinea și participarea activă, și afectivă la procesul în care este implicat.

Rezultă, așadar, că educatorului îi revine sarcina importantă în organizarea acestor forme de a le imprima un caracter cît mai adecvat posibilităților copilului și de a stimula acele trăsături care devin constituenți ai structurilor de personalitate. În acest context, educatorul trebuie să formeze un climat afectiv tonifiant, care să înlăture tendințele frustrante și anxioase ce conduc la izolare, să determine valorificarea potențialului psihic, în scopul achiziționării de abilități sociale și profesionale, toate contribuind la o inserție a handicapatului în lumea normalilor.

În condiții defavorabile de educație, handicapatul de auz devine un singuratic sau se izolează de lumea auzitorilor. Acolo unde există preocupări constante pentru educație se creează un mediu securizant pentru handicapați și se produc restructurări comportamentale care pun în evidență capacități nebănuite de inserție socială. Fără îndoială, acțiunea ce caracterizează un asemenea demers trebuie să înceapă încă din familie și să continue, prin forme specifice, în instituțiile speciale.

Astfel, literatura de specialitate subliniază o serie de caracteristici ce trebuie avute în vedere încă din perioadele copilăriei mici. Iată cîteva:

— stimularea și formarea capacității de comunicare a copiilor atît prin mijloace verbale, cît și auxiliare;

— dezvoltarea unor caracteristici ale percepției kinestezice, care contribuie la formarea structurilor fonetice ale limbii și ale scris-cititului, prin învățarea copilului să coreleze complexul sonor cu pipăitul, cu vibrațiile aparatului fono-articulator, cu particularitățile suflului de aer în emisia vocală, perceperea mișcărilor buco-maxilo-faciale etc;

— dezvoltarea percepției vizuale și formarea capacităților de imitare a mișcărilor corpului, ale feței, ale gurii, ale buzelor ce se produc în emisia verbală;

— dezvoltarea percepțiilor auditive, prin antrenamente și exerciții de percepere a unor sunete, cît și prin amplificarea acestora cu ajutorul protezelor;

— formarea capacității de înțelegere a comportamentelor celorlalți și facilitarea unor raporturi afective cu cei din jur;

— dezvoltarea atenției, a capacităților de memorare, reproducere, de motivație pentru activism prin jocuri, scene mimate, desene, plimbări;

— dezvoltarea psihică generală, prin facilitarea afirmării expresiei afective și participarea la comunicare;

— formarea încrederii în sine, a nevoii de participare la viața de grup ș.a.

Aceste obiective pot fi îndeplinite cu atît mai bine și mai repede, cu cît se va ține seama de particularitățile psiho-individuale ale copiilor și de demersurile făcute în perioada vîrstelor mici.

Se știe că majoritatea handicapaților de auz reușesc să se integreze bine și eficient în viața socială și profesională, ajungînd la exercitarea unor profesiuni apropiate de cele ale auzitorilor. Trebuie avut în vedere că handicapații de auz nu vor fi orientați spre acele profesii care solicită în mod deosebit auzul și care pot duce la accidente sau, prin suprasolicitare, la o diminuare a resturilor de auz. Dar handicapații de auz, indiferent de gradul handicapului, pot exercita, cu succes, profesiuni ca cele de: tehnician dentar, instalator tehnico-sanitar, croitor, tîm-

plar, strungar, lăcătuș, bobinator, electrician, zugrav, parchetar etc. De asemenea, pot urma forme de învățământ tehnic sau liceal (viticultură, apicultură, zootehnie), ori unele forme ale învățământului universitar.

Astfel, adaptabilitatea sporește capacitatea de integrare socială și profesională, determinînd o evoluție armonioasă a personalității.

TEME DE CONTROL

1. Conturați caracteristicile și implicațiile demersurilor educațional-recuperative în activitățile cu handicapații de auz.
2. Analizați, comparativ, particularitățile recuperării biologice, psihologice și sociale.
3. Evidențiați limitele și condițiile care facilitează integrarea socio-profesională a handicapaților respectivi.
4. Efectuați o analiză de caz pe baza celor constatate în unitățile speciale (în cadrul practicii) sau din cunoașterea unor subiecți cu astfel de handicapuri și prezentați-le caracteristicile psiho-individuale.

Capitolul VIII

HANDICAPUL DE VEDERE

Tiflologia cu subramurile ei, tiflopsihologia, și tiflopedagogia, face parte integrantă din psihopedagogia specială (defectologie) și studiază handicapurile de vedere de la cele parțiale (ambliopia) și pînă la cele totale (orbirea sau cecitatea). Astfel, sînt vizate particularitățile psihice ale handicapului de vedere, evoluția activității psihice și dezvoltarea operațiilor instrumentale, constituirea structurilor de personalitate în aceste condiții, ca și organizarea activității instructiv-educative, modelarea handicapului și dobîndirea cunoștințelor, formarea intereselor gnostice și dezvoltarea unor abilități socio-profesionale integratoare, funcționalitatea compensatorie și recuperatorie în vederea adaptării și inserției sociale.

Tiflopedagogia cuprinde și o parte specială, denumită tiflometodică, care are în vedere metodologia predării disciplinelor de studiu cuprinse în programa școlară, iar tiflopsihologia asimilează tiflotehnica cu problematica teoretico-practică a construirii și folosirii materialului didactic și a aparaturii utilizate în instrucția handicapaților de vedere.

1. PROBLEMATICA TIFLOPSIHOLOGIEI ȘI TIFLOPEDAGOGIEI

Ca și alte ramuri ale psihopedagogici speciale, tiflologia (gr. „tiflos" = orb, gr. „logos" = știință) a cunoscut în ultima peroadă de timp o dezvoltare mai accentuată, marcînd caracterul interdisciplinar prin corelarea fenomenelor psihologice, pedagogice, sociologice și medicale în abordarea fenomenelor în handicapul vizual. În activitatea cu handicapații vizuali se ia în considerație nivelul și gravitatea handicapului, adaptîndu-se metodologii speciale pentru acei subiecți lipsiți complet de vedere (orbi) sau pentru cei cu resturi de vedere, care au o diminuare a acuității vizuale centrale cuprinse între 0,05—0,2 (ambliopi). În decursul timpului, specialiștii din domenii diferite au subliniat existența unei „psihologii a orbilor" bazată pe comportamentul și structurile specifice ale acestei categorii de handicapați atît de evidente. Din aceasta rezultă și atitudinea diferită a societății manifestată față de subiecții

respectivi. Astfel, societățile primitive îi sacrificau pe orbii din naștere (ca și pe cei cu malformații somatice), deoarece îi considerau ca întruchipări ale spiritelor rele. În concepția metempsihozei (reîncarnarea sufletului), brahmanii aveau ideea că orice handicapat ispășește păcatele comise în timpul vieții trăite anterior de anumite suflete. Deși spartanii nu aveau asemenea prejudecăți religioase, ei îi sacrificau totuși pe handicapați pe motivul preocupării pentru instrucția militară, căreia aceștia nu-i puteau face față. În mitologia greacă, zeii din Olimp, călăuziți de spiritul dreptății și adevărului, pedepseau cu orbirea pe muritorii de rînd, care se făceau vinovați de trădare în dragoste.

Cu toate acestea, atît în antichitate, cît și mai tîrziu, unii nevăzători erau apreciați în mod deosebit pentru înțelepciunea lor, consultați și angajați ca sfetnici. Despre Homer, autor al Iliadei și Odiseei se spune că era nevăzător, iar justiția era înfățișată prin chipul zeiței Atena legată la ochi. Aceeași apreciere deosebită pentru competența nevăzătorilor l-ar fi determinat pe cunoscutul filosof Democrit (460—370 î. e. n.) ca, la bătrînețe, să-și provoace orbirea datorită convingerii că prin aceasta își ajută spiritul să pătrundă tot mai adînc în tainele cunoașterii.

Cercetările moderne de psihopedagogie specială au demonstrat că pierderea vederii sau diminuarea ei are o serie de consecințe fiziologice și psihologice în planul comportamental și al structurării personalității handicapatului. În principiu, handicapul de vedere produce un dezechilibru la nivel comportamental, ceea ce influențează negativ relațiile subiectului cu mediul înconjurător. Dacă la handicapații din naștere, deși apar dificultăți de relaționare, tensiunile interioare sînt mai reduse, în handicapul survenit dezechilibrele sînt pregnante, iar frămîntările, dramatice la nivel personal, îl marchează pe individ toată viața. Totuși, într-un mediu securizant, în care domină confortul psihic și înțelegerea față de handicapat, evoluția personalității capătă o serie de caracteristici de tip integrativ cu pronunțate note de adaptare la viața socială și profesională. În aceste condiții, handicapații de vedere cunosc o dezvoltare psihică relativ asemănătoare cu a normalilor și se pot afirma ca personalități în diferite domenii de activitate. Încă Aristotel a încercat să explice orbirea, din punct de vedere filosofic, și a subliniat implicațiile acesteia în dezvoltarea ființei umane.

Komenius a afirmat necesitatea instruirii orbilor, bazîndu-se pe surprinderea capacităților lor psihice, iar filosoful francez Diderot, în lucrarea intitulată „Scrisoare asupra orbilor", face mențiuni importante pentru domeniul tiflopsihologiei (prieteni ai ordinii, cunoașterea obiectelor cu ajutorul tactului, aprecierea cu precizie a timpului prin succesiunea ideilor și a acțiunilor etc.). Și în literatura beletristică motivul orbirii a fost subliniat ca limită a deznădejdii și automutilării, dar și ca nivel al autodepășirii și dezvoltării nelimitate a ființei umane.

2. ETIOLOGIA ȘI CLASIFICAREA HANDICAPURILOR DE VEDERE

Există cauze comune pentru toate tipurile de handicap (analizate în capitolele respective), dar și unele speciale care determină handicapul de vedere și la care ne referim, în mod sintetic, în continuare. Acestea trebuie raportate la gravitatea handicapului și la factorii care favorizează apariția unor disfuncționalități într-o anumită perioadă de dezvoltare a ființei umane.

Etiologia cecității și ambliopiei, raportată la localizarea agentului patogen în diferitele segmente ale organului vizual sau a anexelor sale se referă la:

a) *Tulburările refracției oculare* (ametropiile) care împiedică formarea imaginii retiniene normale și transparența adecvată a mediilor refringente. Ca atare, în loc de un ochi cu refracție normală, ce se numește *emetrop,* apar anomalii ale ochiului, numite *ametropii.*

Din categoria ametropiilor fac parte: miopia, hipermetropia și astigmatismul.

În *miopie,* ochiul prezintă anomalii morfo-funcționale ce determină formarea focarului razelor de lumină în fața retinei, iar imaginea retiniană devine neclară. Miopul percepe corect obiectele din apropiere dar sînt văzute difuz obiectele de la distanță. În forma de miopie benignă, evoluția deficienței este lentă și de obicei minoră pînă la vîrsta de circa 20 ani; în schimb în forma de miopie malignă, miopia este progresivă și gravă. Miopia este însoțită de degenerescența retiniană, hemoragiile și deslipirile de retină etc.

Hipermetropia este o afecțiune de refracție care determină perceperea difuză a obiectelor din apropiere. Fenomenul respectiv se datorește unei malformații oculare și nu se confundă cu presbiția care este o manifestare fiziologică legată de vîrstă (45—50 ani).

Astigmatismul are la bază o structură deficitară a corneei și se asociază, adeseori, cu o ambliopie născută.

b) *Opacitățile mediilor refrigente* sînt determinate de afecțiunile corneei însoțite de traumatisme grave, procese inflamatorii, distrofii ireversibile, uscarea corneei și de factori congenitali.

c) *Tulburările retinei (retinopatiile)* pot fi congenitale sau dobîndite. Ele diminuează acuitatea vizuală centrală, vederea cromatică și diurnă ca și acuitatea vizuală periferică, vederea crepusculară, cu păstrarea relativă a acuității vizuale centrale. În această categorie se înscriu atrofia optică, degenerescența retiniană ereditară și ablazia centrului retinei (albinismul și nictalopia). Retinopatiile dobîndite privesc deslipirile de retină, afecțiunile vasculare ale ochiului, boli generale cu accidente retiniene și tumorile maligne ale retinei.

d) *Tulburările funcționalității nervului optic și a căilor optice intracraniene* pot fi localizate în interiorul globului ocular, la nivelul papilei optice, înapoia ochiului. Ele sînt cauzate de procese inflamatorii, modificări degenerative, afecțiuni retropulpare ale nervului optic prin intoxicații, tumori, traumatisme, afecțiuni ale traiectului optic, atrofia nervului optic etc.

e) *Tulburările cecității corticale* se referă la disfuncționalitatea centriior vizuali superiori, prin instalarea unor așa-numite pete oarbe în cîmpul vizual, fenomene de oscilare optică, cecitate psihică și altele.

f) *Glaucomul* este o tulburare gravă ce apare, în principal, datorită creșterii tensiunii intraoculare și constituie, adeseori, o cauză a orbirii la vîrsta adultă. Afecțiunea are un caracter progresiv deoarece leziunile apărute sînt ireversibile.

g) *Traumatismele oculare* se manifestă sub formă de contuzii, plăgi și arsuri. Această categorie constituie, în epoca modernă, cauza majoră a multor handicapuri vizuale.

h) *Strabismul* se datorește dezechilibrului în coordonarea lobilor oculari și privește nu numai estetica feței dar și existența handicapului ușor sau grav.

Toate aceste cauze pot fi prevenite în bună măsură, atît prin înlăturarea unor condiții negative cu acțiune patologică, cît și prin unele intervenții medicale sau de ordin psihologic, corectiv-recuperative, de formare a atitudinilor de igienizare și de viață decentă. Ținînd seama de criteriul etiologic și corelîndu-l cu gravitatea handicapului vizual, localizarea și dinamica handicapului și a perioadei declanșării acestuia, în tiflologie au fost adoptate unele clasificări care subliniază diminuarea acuității vizuale centrale sau periferice ori pierderea totală a acesteia. Prin urmare, handicapul vizează o pierdere totală a capacității vizuale, determinînd orbirea sau o pierdere parțială, producînd ambliopia în grade diferite. Totodată, în determinarea gradului handicapului vizual se iau în considerare, pe lîngă acuitatea vizuală, și unele fenomene ce privesc capacitățile vizuale de ansamblu, manifestate printr-o scădere a cîmpului vizual binocular, utilizarea practică a resturilor de vedere concretizată în eficiența și dinamica capacității vizuale. Toate aceste criterii și clasificările, bazate pe ele, sînt importante pentru terapia medico-pedagogică, iar pentru semnificația psihologică, clasificarea după pericada instalării handicapului se concretizează în paradigmele de elaborare a programelor recuperativ-educaționale, deoarece asemenea momente privesc conservarea sau compensarea unor funcții, cum ar fi cele senzorial-perceptive, a reprezentărilor, a imaginilor etc. După acest ultim criteriu (al instalării handicapului), se pot desprinde handicapuri congenitale sau survenite (tardive).

În *handicapul congenital*, nevăzătorii nu au reprezentări vizuale, ele nefiind păstrate nici la copiii la care apar asemenea afecțiuni pînă

la vîrsta de 3—4 ani, iar experiența lor optică este nulă. În schimb, în *handicapul survenit* după circa 4 ani, se păstrează unele imagini vizuale, care au o influență deosebită asupra particularităților psihologice și a dezvoltării activității psihice. Asemenea imagini și reprezentări vizuale se păstrează într-o proporție mai mare în *handicapul tardiv* care apare la vîrste mai tîrzii.

Pentru domeniul educațional sînt deosebit de importante existența unor resturi de vedere și ele se impun a fi cunoscute de către educător, deoarece predarea cunoștințelor și metodologia adoptată trebuie să ia în considerare experiența senzorială și capacitatea de reproducere a imaginilor vizuale. Astfel, în condițiile unor forme de ambliopie, educatorul poate cunoaște bogăția și semnificația imaginilor păstrate, prin trecerea copilului printr-o serie de probe simple, cum ar fi: probe de identificare a unor obiecte, probe de confecționare a unor obiecte, probe grafice și tiflografice, probe motrico-perceptive și probe verbale. În toate acestea se va apela la forme de identificare și reproducere, bazate nu numai pe componentele vizuale, dar și cele tactil-kinestezice, motrico-kinestezice, verbo-kinestezice etc.

3. CARCTERISTICILE FUNCȚIILOR ȘI PROCESELOR PSIHICE

Așa cum a rezultat, gravitatea handicapului de vedere, vîrsta la care se instalează acesta și nivelul de dezvoltare psihică a persoanei influențează evoluția psihică ulterioară a handicapului. Dar pe lîngă aceste caracteristici de ordin psihologic, handicapul de vedere determină și o serie de tulburări de ordin somatic. Acestea se constituie în grupa unor consecințe morfofuncționale și au efecte secundare deoarece nu este obligatoriu să apară la toate categoriile de handicapați vizual, ele putînd, totodată, să fie prevenite sau corectate. Dat fiind faptul că aceste consecințe există la mulți handicapați, enumerăm cîteva. În această ordine de idei, în literatura de specialitate se citează la unii nevăzători existența unei dimensiuni reduse sau a unei deformări a craniului în raport cu văzătorii, ușoare abateri de la metabolismul apei, dereglări ale metabolismului glucidic, disfuncții hipofizare, o expresie specifică a feței, o dezvoltare fizică întîrziată și mai puțin armonioasă, concretizată în atitudini rigide, atitudini cifodice, o aplecare a capului și gîtului înainte sau lateral, deformări ale coloanei vertebrale în plan frontal (scolioze) sau în plan sagital (cifoze, lordoze), mișcări imprecise, manierisme asimetrice, ticuri, mers slab coordonat și altele. Aceste fenomene sînt prezente și la unii ambliopi, dar într-o măsură mai mică și ele reclamă programe instructiv-educative bazate pe educația fizică specială.

Pentru psihopedagogia specială sînt mai semnificative caracteristicile funcțiilor și proceselor psihice. Componentă vizată nemijlocit este aceea a percepției vizuale și a dificultăților în gnozia vizuală. Ea pre-

zintă o serie de caracteristici care depind de gradul și forma handicapului, vîrsta și dezvoltarea psihică a subiectului. Chiar atunci cînd se păstrează unele *percepții*, imaginile sînt lipsite de precizie, sînt neclare, fragmentate și frecvent distorsionate. De asemenea, apar dificultăți în actualizarea lor spontană ca și în interpretarea și conștientizarea imaginii, ceea ce determină o scădere a randamentului mental sau acțional. O anumită scădere a analizei și sintezei optice se corelează cu existența unor retarduri în planul gîndirii și al achiziției operațiilor instrumentale. Trebuie, totuși, remarcat că percepția vizuală poate fi antrenată și poate fi perfecționată printr-o serie de măsuri bazate, în special, pe compensare, care facilitează o dezvoltare spectaculoasă în utilizarea imaginilor.

Antrenarea și reeducarea percepției vizuale se realizează în corelație cu valorificarea altor modalități receptive și în primul rînd cu cea tactil-kinestezică, invocîndu-se, de cîte ori este posibil, experiența optică anterioară a subiectului.

Și *reprezentările* sînt dependente de integritatea analizatorilor. Dacă la nevăzătorii congenitali imaginile mentale sînt legate de componentele auditive, la nevăzătorii tardivi sau la ambliopi se iau în considerație și urmele păstrate, stimulîndu-se verbal imaginile mentale existente. Dar, în egală măsură, cantitatea și calitatea reprezentărilor, volumul și forța acestora prezintă un decalaj în raport cu cunoștințele verbale, fapt reflectat în recunoașterea unor obiecte sau fenomene și în capacitatea redusă de actualizare a unor caracteristici definitorii. Acest decalaj se accentuează pe măsura dezvoltării limbajului, a comunicării în genere, și instalarea unui ritm redus în formarea bagajului de imagini în unele domenii mai dificile sau cu înalt caracter abstract. În acest context nu se indică suplinirea lipsei de reprezentări bazate pe intuiție prin metode care să stimuleze verbalismul și operarea excesivă cu „scheme" mentale. Un asemenea procedeu stimulează numai parțial *gîndirea*, deoarece ea este lipsită de suportul intuitiv și se ajunge la dificultăți majore în folosirea generalizărilor și abstractizărilor. Dar fiind faptul că *atenția* este relativ bine dezvoltată la handicapații de vedere, activitatea mentală se poate orienta spre acele paliere ce privesc audiția și acordarea de semnificație extinsă *limbajului*.

Limbajul are un rol considerabil în compensarea handicapului de vedere, constituindu-se în principala formă de transmitere și îmbogățire a experienței cognitive. Deși dezvoltarea limbajului este mai lentă față de normal, iar manifestarea unor dificultăți de înțelegere mai pregnantă ca urmare a disfuncționalităților dintre imaginile obiectelor și cuvintele care le desemnează, totuși se pot stimula conduite verbale care să întrunească calitățile veritabile ale acestui instrument principal al activității mentale.

În cadrul activității psihice, *memoria* handicapaților de vedere este deseori invocată ca bucurîndu-se de calități superioare celor ale văzătorului. Cu siguranță, handicapatul este nevoit să facă apel frecvent la această capacitate, ceea ce constituie un antrenament continuu. În același timp, se citează nevăzători cu o memorie remarcabilă și se evidențiază calitățile de valorificare, prin actualizare, a unui volum imens de date acumulate.

Dacă acordăm importanța cuvenită antrenamentului și formelor de compensare atunci putem afirma că există dezvoltări progresive și de mare eficiență în planul memoriei la handicapații de vedere comparativ cu văzătorii.

4. SPECIFICUL PROTEZĂRII ȘI COMPENSĂRII

După cum se știe, în unele forme de ambliopie acuitatea vizuală se remediază parțial, prin folosirea ochelarilor. Pe lîngă aceste elemente de protezare, specialiștii au manifestat și o preocupare pentru construirea unor mașini speciale de scris sau a altora, menite să realizeze un „citit" codificat, prin folosirea unor stimuli verbali; în fine, confecționarea unor ochelari, bazați pe celule fotosensibile care transformă sursa de lumină în sunet cu scopul de a facilita orientarea handicapatului în condițiile de mediu (D. Damaschin).

În afara acestor mijloace, acțiunea recuperatorie se bazează și pe capacitatea organismului de a se echilibra și compensa în raport cu condițiile mediului. Compensația exprimă capacitatea sistemului biologic de a realiza rezistență la perturbații și de a adopta forme comportamentale care să-i permită o structurare organo-funcțională și de autocontrol în raport cu influențele înconjurătoare. Compensația se poate realiza prin regenerarea organică (refacerea unor țesuturi), vicariere (suplinirea) și restructurarea funcțională. Edificator pentru aceste forme de compensare este fenomenul de transfer al unor funcții de la nivelul unui organ afectat la nivelul organului sănătos sau a restructurării funcționale prin preluarea unor funcții de către organele sănătoase. În acest context sistemul nervos central al omului adoptă programe specificie în raport de dotarea de care dispune, de experiența individului și de capacitatea de antrenare (exersare). În timp ce în recuperarea biologică metodele medical-chirurgicale au un rol predominant, în compensarea și în recuperarea socială a procesului învățării, formarea unor stereotipuri acționale și exersarea unor funcții devin fundamentale pentru adaptare.

Un exemplu de compensare, manifestat la nivelul funcțiilor psihice, îl poate constitui și dezvoltarea imaginilor mintale, pe baza proceselor senzoriale auditive, tactil-kinestezice etc., prin organizarea struc-

turilor psihice care se desprind, progresiv, din calitățile percetiv-verbale, printr-o codificare relativ originală. În acest caz, efortul nevăzătorului este centrat pe exersarea și dezvoltarea funcțiilor mnezico-verbale, contribuind la compensarea nu numai psihică, dar și biologică.

TEME DE CONTROL

1. Conturați problematica tiflopsihologiei și tiflopedagogiei în contextul psihopedagogiei speciale.
2. Analizați principalele cauze ale handicapurilor de vedere.
3. Analizați criteriile și clasificare a handicapurilor de vedere.
4. Enumerați principalele caracteristici ale funcțiilor și proceselor psihice la handicapații de vedere.
5. Subliniați rolul compensării în adaptarea handicapaților.

ORGANIZAREA PROCESULUI INSTRUCTIV-EDUCATIV PENTRU HANDICAPAȚII DE VEDERE

Recuperarea și educarea handicapaților de vedere comportă, ca toate tipurile de handicap, un anumit specific; astfel, instrucția de tip intelectual, însoțită de învățarea psiho-motrică și psiho-comportamentală determină o evoluție apropiată sau similară persoanelor cu vedere, facilitînd forme de adaptare socială și calificare profesională prin sisteme de învățămînt de toate gradele, inclusiv superior. Desigur, eforturile depuse în procesul instructiv-educativ de copiii cu vedere diminuată sau lipsiți de această capacitate sînt mai mari și de durată. Așadar, în lipsa unor alte deficiențe asociate, handicapații de vedere pot ajunge la o dezvoltare psihică asemănătoare cu a persoanelor normale.

1. PROBLEMATICA PSIHOPEDAGOGICĂ A ÎNVĂȚĂRII SCRIS-CITITULUI ÎN BRAILLE

Ambliopii învață în sistemul scrierii obișnuite (alb-negru) cu excepția acelora care manifestă afecțiuni ce duc iremediabil la orbire. În clasele de ambliopi sau în școlile speciale pentru aceștia se folosesc materiale didactice specifice, cum ar fi o înclinare a meselor în așa fel încît vizualizarea să fie maximă, cu o iluminare a sălilor cît mai bună (pe cît posibil naturală). Există unele caiete sau cărți care permit trasarea corpului grafemelor încît ele pot fi percepute și vizualizate, fără un efort prea mare. Materialul intuitiv utilizat pentru exemplificarea unor elemente ale obiectelor sau fenomenelor trebuie să fie și el bine conturat pentru a facilita percepția.

În schimb, nevăzătorii se folosesc de un sistem special de scriere și citire în care funcția dominantă este deținută de analizatorul tactil-kinestezic. Preocupările pentru a creea o scriere accesibilă orbilor datează din perioadele cele mai vechi. La început se foloseau noduri pe șnururi care, prin distanță și grosime, căpătau semnificația unor litere. În același timp se utilizau scrierile transpuse pe o placă în relief sau au fost create semne convenționale care suplineau literele obișnuite, dar toate acestea aveau un caracter limitativ pentru comunicare.

Un salt calitativ s-a realizat prin crearea unui sistem logic închegat de litere și semne punctiforme de către Louis Braille (în 1809), el însuși nevăzător în urma unui accident. Autorul s-a inspirat din așa-numita „scriere secretă" a unui căpitan din armata franceză (Charles Barbeier) ce a fost creată pentru comunicarea în timpul nopții.

După modelul din care s-a inspirat, Braille reușește să realizeze un alfabet format din 76 semne diferite, fiecare semn fiind alcătuit din unul pînă la șase puncte. Punctele au o înălțime de 1 mm și o distanță, din centrul fiecăruia, egală cu 2,5 mm. Aceste caracteristici ale înălțimii și distanței corespund pragului maximal al sensibilității tactile. Aducînd îmbunătățiri sistemului său, L. Braille a sesizat 64 de combinații posibile prin schimbarea poziției celor 6 puncte ajungînd la alcătuirea unui alfabet punctiform, în relief cu 64 semne. Acest alfabet creează aceleași posibilități de exprimare grafică cu cel din alb-negru, ceea ce contribuie la realizarea unui sistem unitar de reprezentare, iar imaginea tiflografică permite o legătură nemijlocită între cuvînt și imaginea concretă a obiectului, facilitînd conceptualizarea. La însușirea scris—cititului Braille participă 4 analizatori de bază: auditiv, verbo-kinestezic, tactil și kinestezic. Pe baza analizatorului auditiv se realizează discriminarea fonetică și învățarea emiterii corecte a sunetelor, iar prin cel verbo-kinestezic se poate descompune cuvîntul în foneme și înțelegerea lui ca unitate semantică, ceea ce permite transpunerea în scris, sub formă de grafeme cu ajutorul analizatorilor tactil și kinestezic. Dar în ansamblu se manifestă funcționarea unitară a analizatorilor.

Alfabetul, semnele de punctuație, cifrele etc. se realizează în sistemul Braille prin combinarea a șase puncte. Fiecare celulă a plăcii de scris conține aceste șase puncte dispuse cîte trei în două coloane paralele. Vom numerota aceste puncte astfel: punctul unu — cel din dreapta sus, punctul doi — cel din dreapta mijloc, punctul trei — cel din dreapta jos, punctul patru — cel din stînga sus, punctul cinci — cel din stînga mijloc, punctul șase — cel din stînga jos.

Alfabetul Braille este alcătuit pe principiul decadelor.

Decada I cuprinde următoarele litere: a, b, c, d, e, f, g, h, i, j. Aceste litere se realizează din combinarea punctelor 1, 2, 4, 5 după cum urmează: a — punctul 1; b — punctele 1 și 2; c — punctele 1 și 4; d — punctele 1, 4 și 5; e — punctele 1 și 5; f — punctele 1, 2, 4; g — punctele 1, 2, 4, 5; h — punctele 1, 2, 5; i — punctele 2, 4; j — punctele 2, 4, 5.

Pentru facilitarea realizării de către cititorul în alb-negru a felului în care sînt dispuse punctele ce intră în alcătuirea fiecărei litere Braille, am considerat necesară prezența unui grup fundamental în stînga eșantionului de scriere punctiformă pe care l-am dat mai sus.

Decada a II-a cuprinde literele k, l, m, n, o, p, q, r, s, t formate din literele primei decade prin adăugarea punctului 3:

a + punctul 3 = k; b + punctul 3 = l; c + punctul 3 = m și așa mai departe.

Decada a III-a cuprinde literele u, v, x, y, z (restul de cinci semne ce alcătuiesc decada nu sînt folosite în alfabetul Braille românesc). Aceste grafeme se obțin prin adăugarea punctelor 3 și 6 la grafemele corespunzătoare din decada I (a, b, c, d, e) după schema:
a + punctele **3** și 6 = u; b + punctele 3 și 6 = v; ș.a.m.d. sau, raportîndu-le la decada a II-a, ele derivă din literele corespunzătoare ale acestei decade (k, l, m, n, o) prin adăugarea punctului 6, conform schemei: k + punctul 6 = u; l + punctul 6 = v, ș.a.m.d.

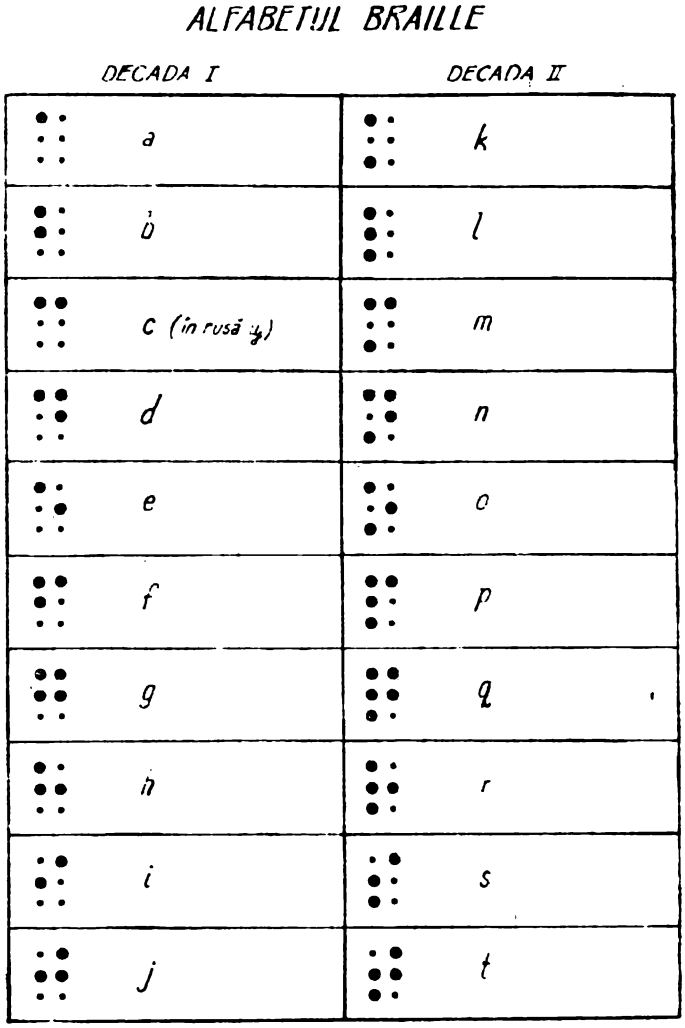

Fig. 3. a, b, c, d. Alfabetul Braille

DECADA III		DECADA IV	
	u		â (în rom ă)
	v		ê
	x		î
	y		ô
	z		û (în rusă ш) (în rom ș)
	ç (ș)		ë (în rusă щ)
	é		ï
	à		ü (în rusă ю)
	è (în rusă ы)		sc, oe (în rom ţ)
	ù		w (în rusă ь (v))

SEMNELE DE PUNCTUAȚIE

	,		" (ghilimele pentru închidere)
	;		Apostrof, abreviație, dialog
	:		— (liniuță)
			ì
	?		§ (paragraf sau ò)
	!		æ
	( )		Semn de număr
	„ (ghilimele pentru deschidere)		Majusculă
	«		Puncte de suspensie

	1 (a)		+
	2 (b)		−
	3 (c)		×
	4 (d)		:
	5 (e)		::
	6 (f)		/
	7 (g)		=
	8 (h)		>
	9 (i)		<
	0 (j)		√

Decada a IV-a cuprinde în alfabetul Braille românesc literele ă, â, î, ș, ț, w, care se formează prin adăugarea punctului 6 la semnele corespunzătoare din decada I (a, b, c, e, i, j), după schema: a + punctul 6 = ă etc. sau raportîndu-le la decada anterioară, prin omiterea punctului 3 de la semnele corespunzătoare decadei a III-a (u, v, x, z, ultimele două semne ale decadei) și anume: u minus punctul 3 = ă etc.

— Marcarea majusculelor se face printr-un semn particular format din punctele 4 și 6 care preced litera respectivă.

— Pentru scrierea cifrelor de la 1 la 0 se folosesc semnele primei decade și fiecare semn este precedat de un semn particular, format din punctele 3, 4, 5, 6.

În scrierea Braille, litera scrisă nu este similară cu litera citită (ca în scrierea alb-negru) deoarece aceasta este opusul imaginii literei scrise. Pentru a facilita scrierea în Braille se folosește o plăcuță cu căsuțe în

care se pot înțepa (cu punctatorul) unul sau toate cele 6 puncte, iar litera apare pe partea opusă a hîrtiei înțepate (carton sau hîrtie cerată). Rezultă că scrierea în Braille se realizează de la dreapta la stînga, astfel încît semnul punctat și care formează litera să poată fi citit de la stînga la dreapta, prin întoarcerea foii.

Scrierea în Braille se realizează pe verticalitate, iar prin trecerea punctatorului dintr-o căsuță în alta a plăcii de scris accentuează caracterul de discontinuitate și de efort al mîinii pentru realizarea grafemelor. Rolul principal, în această formă de scriere, îl are mîna care utilizează punctatorul (de obicei mîna dreaptă) în timp ce mîna stîngă urmează mișcările mîinii drepte și identifică, la întoarcere, rîndul ce urmează. Citirea se produce prin analizatorul tactil și kinestezic al mîinii drepte care realizează perceperea literelor cu policile degetelor, iar mîna stîngă îndeplinește rolul de control.

Sporirea vitezei de scris ca și de citit se bazează pe exercițiu, pe păstrarea sensibilității tactile și pe calitățile hîrtiei de scris. Se înțelege că volumul hîrtiei de scris este mai mare decît foaia obișnuită alb-negru atît datorită grosimii, cît și spațiilor mai largi dintre grafeme.

Bibliotecile în Braille conțin lucrări din toate domeniile științei și artei, elaborate cu ajutorul unor mașini și tipografii speciale.

În aceste condiții, *limbajul, în ansamblul său, devine modalitate instrumentală de compensare a handicapului și influențează favorabil dezvoltarea psihică, asigurînd, în același timp, recuperarea naturală a subsistemului psihic aflat în stare critică*. În felul acesta se deschide o nouă cale a accesului la cultură și se realizează, prin intermediul limbajului, un contact complex cu lumea înconjurătoare.

2. DEZVOLTAREA FUNCȚIILOR DE ORIENTARE SPAȚIALĂ ȘI ÎN TIMP LA HANDICAPAȚII DE VEDERE

Pierderea vederii sau diminuarea ei accentuată are o serie de implicații și asupra comportamentului, a modului în care subiectul handicapat se relaționează cu cei din jur, reușește să aprecieze spațiul și timpul, să se orienteze în mediul de viață. El este nevoit să-și restructureze schemele de cunoaștere, bazîndu-se pe analizatorul auditiv și tactil kinestezic, fapt ce dă o notă specifică orientării spațiale în funcție de o serie de factori care nu prezintă o importanță semnificativă pentru omul normal. Astfel, prin compensare se dezvoltă armonia mișcărilor și sensibilizarea față de unii stimuli, cum ar fi mișcarea aerului în spațiile largi sau în intersecția unor străzi, perceperea unor zgomote și a unor mirosuri prin apropierea de obiecte sau obstacole etc. Cu toate acestea, libertatea de mișcare în deplasarea handicapatului este redusă și se creează o situație de dependență față de unii factori (W. Roth). În vederea

eliminării unor dereglări de orientare spațială, handicapatul adoptă un sistem de referințe prin luarea în considerație a unor însușiri spațiale sau obiectuale ce acționează asupra sa atît în planul perceptiv și al reprezentării, cît și în cel al gîndirii, prin evocarea unor relații cauzale și de semnificație acordate diferitelor elemente.

În aprecierea orientării spațiale și a comportamentelor adaptative este necesar să se țină seama de *spațiul apropiat*, de obicei localizat la nivelul întinderii de mînă, de *spațiul mijlociu*, pînă la întinderea unei lungimi de baston, și de *spațiul îndepărtat*, perceput prin deplasare și mișcare amplă. După felul în care subiectul realizează orientarea în aceste forme de spațiu se apreciază capacitatea de percepere a însușirilor spațiale ale obiectelor, dispunerea acestora în spațiu față de poziția proprie, păstrarea și restabilirea unei anumite poziții în spațiu, orientarea deplasării în raport cu diferitele repere din mediu. Cu siguranță, orientarea în spațiu presupune și cunoașterea caracteristicilor obiectelor, a elementelor în care se deplasează, cunoaștere cu atît mai complexă cu cît intervin mai mulți analizatori ce determină senzații variate: tactile, kinestezice, auditive, labirintice, olfactive, proprioceptive etc. La aceasta se adaugă particularitățile dezvoltării psihice și experiența individului, care se concretizează în capacitatea de interpretare, de corelare și ierarhizare a informațiilor primite.

Impresionați de modul cum se orientează în spațiu handicapații de vedere, de localizarea unor obstacole și de perceperea unor caracteristici ale unor obiecte și fenomene, o serie de specialiști au încercat să explice aceste fenomene prin existența unui simț în plus (cel de al șaselea simț) ce ar fi caracteristic pentru nevăzători. În realitate, este vorba de o dezvoltare remarcabilă a analizatorilor sănătoși și de o antrenare a acestora printr-un activism și o motivație corespunzătoare care le facilitează adaptarea la condiții de mediu. În acest sens, impresionează dezvoltarea psihică a unor subiecți cu dublu handicap, orb-surdomut la care mecanismele compensatorii devin extrem de complexe.

Dereglările posibile ale orientării spațiale se pot datora unor factori individuali, cum sînt oboseala, slaba capacitate de concentrare a atenției, diminuarea auzului, a tactului, a kinesteziei, slaba experiență personală, teama, slabul interes sau a unor factori extraindividuali ce se manifestă prin apariția unor condiții mai puțin obișnuite, cum sînt zgomotele puternice și variate, dimensiunile reduse sau exagerate ale obiectelor, plasarea unor obstacole în locuri mai neobișnuite și altele. De obicei, aceste condiții nefavorabile nu se înlătură prin folosirea cîinilor însoțitori sau prin deplasări frecvente cu persoane normale ci, dimpotrivă, accentuează depedența handicapatului de alți factori conjuncturali. Soluția este aceea a mobilității și a stimulării dorinței de cunoaștere, de mișcare, de dezvoltare a curajului și de stimulare a întregii activități psihice.

3. SPECIFICUL INTEGRĂRII SOCIO-PROFESIONALE

Handicapaţii de vedere sînt consideraţi ca „oameni ai ordinii", datorită faptului că apare necesitatea aşezării şi păstrării obiectelor în locuri bine delimitate pentru a putea fi uşor găsite. Ei sînt, totodată, disciplinaţi şi manifestă un autocontrol faţă de comportamentele proprii în vederea realizării unei corelări cît mai adecvate cu cei din jur. Programele de recuperare trebuie să ţină seama de aceste caracteristici, ca şi de dezvoltarea altora prin includerea copilului în aceste activităţi cît mai de timpuriu şi care să ţină seama de caracteristicile individuale şi să continue pe toată durata vieţii individului.

În literatura de specialitate se manifestă, în prezent, două direcţii principale legate de condiţiile şi rolul educării — recuperării handicapaţilor de vedere. Prima direcţie, mai veche, postulează ideea că handicapaţii de vedere trebuie educaţi, instruiţi, pregătiţi pentru viaţa social-profesională în instituţii sau clase speciale pentru a putea crea şi aplica o metodologie specifică impusă de structurile psiho-fizice ale subiecţilor respectivi. Integrarea în viaţa socială şi profesională se va produce treptat, pe măsura realizării obiectivelor recuperatorii.

Cea de a doua direcţie susţine ideea de „normalizare" şi a caracterul „integraţionist", ceea ce înseamnă că pregătirea, şcolarizarea handicapatului să se efectueze paralel şi în colective de subiecţi normali, considerîndu-se astfel că se asigură, de la început, o mai bună integrare în viaţa social-profesională.

Desigur, se aduc argumente pro şi contra, atît pentru o direcţie, cît şi pentru cealaltă, dar cert este că trebuie create condiţii speciale pentru realizarea obiectivelor recuperatorii. La noi în ţară, handicapaţii de vedere sînt educaţi şi şcolarizaţi în unităţi speciale; sînt pregătiţi în şcoli profesionale şi licee şi pot urma o instituţie de învăţămînt superior la fel ca orice persoană normală. Rezultatele obţinute sînt edificatoare pentru formarea personalităţii şi integrarea social-profesională a subiecţilor. În acest sens, subliniem performanţele obţinute de unii handicapaţi pregătiţi prin şcoli profesionale sau medii tehnice în profesii ca: masori, asistenţi medicali, prelucrători mobilă, telefonişti, radiofonişti, acordori instrumente muzicale, confecţioneri de perii, obiecte din nuiele, mături, nasturi, ambalaje cartonate, tapiţerie etc. Dar şi mai edificatoare sînt performanţele celor care au o pregătire universitară şi care s-au afirmat-ca matematicieni, fizicieni, dascăli cu reale calităţi psiho-pedagogice.

TEME DE CONTROL

1. Comparaţi metodologia învaţării scris-cititului în Braille cu aceea a însuşirii scrisului în alb-negru.
2. Analizaţi caracteristicile comportamentale în orientarea spaţială a handicapaţilor de vedere.
3. Subliniaţi condiţiile integrării şi adaptării socio-profesionale ale handicapaţilor de vedere.

Capitolul X

HANDICAPURILE DE LIMBAJ

Logopedia, ca știință, s-a constituit atît din rațiuni practice, cît și teoretice, făcînd posibilă sintetizarea cunoștințelor despre limbaj și formulînd metodologia specifică educării limbajului tulburat. Logopedia nu este singura știință care abordează problematica limbajului și comunicării, dar fiecare o realizează din perspectiva specificului ei, mai mult sau mai puțin unilateral, fără să-și propună o analiză integrală a fenomenului „limbaj". Cu atît mai mult, nu urmărește să formuleze legi ori metode de corectare a limbajului handicapat.

Logopedia este, pe de o parte, o disciplină psihopedagogică teoretică, izvorîtă din necesitatea de a elucida complexele probleme ale limbajului, ce are un rol deosebit de important în viața psihică și în structurarea personalității fiecărui individ, iar pe de altă parte, o disciplină cu un pronunțat caracter practic ce vizează educarea limbajului handicapat, optimizarea comunicării, înțelegerii și restabilirii relațiilor specific umane. Constituirea ei a fost posibilă ca urmare a progreselor realizate în domeniul științelor psihologice și pedagogice, dar și în cel al medicinei, fiziologiei, lingvisticii etc.

1. CONSTITUIREA LOGOPEDIEI CA ȘTIINȚĂ

Etimologic, cuvîntul logopedie vine de la grecescul „logos", care înseamnă cuvînt și „paideia", care înseamnă educație. În sens restrîns, logopedia se ocupă de educația vorbirii, iar în sens extins, de studierea și dezvoltarea limbajului, de prevenirea și corectarea tulburărilor de limbaj. Din cîte se știe, primul care a utilizat termenul de logopedie a fost filosoful Socrate (436—388 i.e.n.), dar se reține accepțiunea modernă a termenului pe care a adoptat-o Emil Fröschels (1909).

Ca toate celelalte științe, ce se sprijină pe datele acumulate în domeniile apropiate, și logopedia asimilează o serie de informații din psihologie și în primul rînd din psihologia limbajului, surdopsihologie, oligofrenopsihologie, tiflopsihologie, psihologie medicală și psihopatologie, psihofiziologie și neuropsihologie, psiholingvistică, lingvistică etc. Practica logopedică implică cunoașterea particularităților psihologice ale formării și evoluției limbajului, caracteristicile psihopedagogice ale dezvol-

tării psihismului și activității educative cu diferite categorii de handicapați, implicațiile deprivării senzoriale și mentale asupra psihicului, structura și organizarea aparatului fonoarticular, poziția și forma corectă în emisia verbală, regulile gramaticale și stilistice ale elaborării scris-citi-tului ș.a. La rîndul său, logopedia pune la dispoziția acestor științe informații utile cu privire la prevenirea, formarea și corectarea limbajului tulburat, teoretizează pe baza activității concrete și îmbogățește metodologia de formare a vorbirii, de stimulare a înțelegerii comunicării și de dezvoltare a personalității armonioase.

Preocupările legate de formarea vorbirii coerente și înlăturarea unor eventuale handicapuri au preocupat pe oameni de foarte multă vreme. Spre exemplu, grecii antici aveau un cult deosebit pentru vorbire și oratorie. Se credea în arta de a vorbi frumos, cursiv și cît mai pe înțelesul auditorului, ceea ce a ridicat vorbirea la un rang de cinste, asigurînd oratorului o poziție socială favorabilă. Operele lui Plutarh, Herodot, Heraclit, Platon, Aristotel, Hipocrat conțin considerații interesante cu privire la preocupările societății antice de a forma și dezvolta, la toți membrii ei, o vorbire cît mai agreabilă și eficientă. Descrierea pe care o face Plutarh, în *„Vieți paralele"*, lui Demostene ilustrează strălucit posibilitățile de modelare a vorbirii sub influența unor exerciții și a psihoterapiei. Rezultă că Demostene suferea de o bîlbîială accentuată, cu implicații în planul interior, marcîndu-l ca timid, centrat pe sine, necomunicativ, dar prin voință și exerciții sistematice de dezvoltare a vorbirii ajunge nu numai să scape de handicapul respectiv, dar și să-și transforme întreaga personalitate, devenind marele orator al antichității.

Aceeași prețuire a vorbirii o găsim, mai tîrziu, la romani prin glasul lui Cicero care în lucrarea *„De oratore"* scrie: „dacă nu depinde de noi să avem un glas frumos, de noi depinde să-l cultivăm și să-l fortificăm, să studiem toate treptele de la sunetele grave pînă la cele mai înalte". Ulterior, în evul mediu, cu toate oprimările la care este supusă știința, se evidențiază unele idei pozitive. Astfel, în *„Canonul medicinii"*, Aviceena notează o serie de exerciții utilizate în scopul reglării respirației și vocii ce sînt adoptate, și în prezent, în corectarea bîlbîielii.

Progresele din secolele XVIII—XIX cunoscute în toate domeniile, și în special marele avînt al științelor naturii, a stimulat dezvoltarea unor noi domenii de activitate și conturarea altor discipline ce s-au desprins din corpul științelor fundamentale. Lucrările de logopedie sînt tot mai frecvente, și crește interesul pentru corectarea handicapurilor de limbaj.

În țara noastră, o cronică din 1835 vorbește de vindecarea gîngăviei, dar practica logopedică s-a legiferat mult mai tîrziu, în 1949 și apoi în 1957. Mai întîi iau ființă cabinete logopedice în policlinici și în unele spitale, iar apoi centrele logopedice interșcolare și cabinetele din unitățile speciale pentru handicapați.

Constituită pe deplin ca știință în prima decadă a secolului al XX-lea, logopedia își delimitează domeniul față de foniatrie, termen apărut în unele clinici (O.R.L.) din nevoia preocupărilor față de tulburările de voce. Astfel, unii specialiști consideră că foniatria are ca domeniu aparte întreținerea organelor fonatoare și patologia vocală, iar alții ca pe o specializare a logopediei. În prezent, sfera logopediei se extinde asupra tuturor tulburărilor de limbaj și a studiului comunicării în cadrul relațiilor interumane de dezvoltare a personalității.

2. IMPORTANȚA TEORETICĂ ȘI PRACTICĂ A LOGOPEDIEI

În condițiile contemporane se manifestă o exigență tot mai mare față de modalitățile de înțelegere, recepționare și comunicare pentru adaptarea și integrarea persoanelor în mediu social. Însuși procesul instructiv-educativ impune cu necesitate formarea și dezvoltarea unor capacități verbale care să faciliteze învățarea și accesul la cultură, a deprinderilor de comunicare optimă și eficientă.

Așadar logopedia are, prin excelență, un caracter aplicativ: de prevenirea și înlăturarea tulburărilor de limbaj în vederea dezvoltării psihice generale a persoanei, de a stabili sau restabili relațiile cu semenii săi, de a facilita inserția în colectiv, de a se forma și dezvolta pe măsura disponibilităților sale. Activitatea logopedică este centrată, în special asupra copiilor nu numai datorită frecvenței mai mari a handicapurilor de limbaj, dar și pentru faptul că la aceștia vorbirea este în continuă structurare și dezvoltare, iar dereglările apărute au tendința, ca o dată cu trecerea timpului, să se consolideze și agraveze sub forma unor deprinderi deficitare, ceea ce necesită un efort mai mare pentru corectarea lor.

Logopedia are în primul rînd un scop educativ; ea contribuie la formarea omului, îl ajută pe copil să depășească dificultățile școlare și de adaptare. Din aceeași perspectivă sînt, în egală măsură, semnificative demersurile pentru prevenirea handicapurilor de limbaj și terapia lor. Vîrstele preșcolară și școlară mică sînt cele mai favorabile pentru o acțiune logopedică eficace. Desigur că handicapurile limbajului pot și trebuie să fie corectate și la vîrstele adulte, mai cu seamă că ele duc la dezadaptabilități sociale, la tulburări de personalitate și pot perturba poziția socială a persoanei.

Din punct de vedere teoretic, logopedia acumulează un bogat material informativ cu privire la psihologia limbajului și pedagogia curativă, material obținut prin decelarea unor variabile de tipul experimentului natural provocat de situația critică a logopatului.

Pe baza semnificațiilor teoretice și practice, obiectivele logopediei se pot grupa astfel:

a) studierea și asigurarea unui climat favorabil al dezvoltării și stimulării comunicării; b) prevenirea cauzelor care pot determina handicapurile de limbaj; c) studierea simptomatologiei handicapurilor de limbaj și a metodelor și procedeelor adecvate corectării lor; d) cunoașterea și prevenirea efectelor negative ale handicapurilor asupra comportamentului și personalității logopatului; e) elaborarea unei metodologii de diagnoză și prognoză diferențiată în logopedie; f) popularizarea științei logopedice și pregătirea familiei și a școlii pentru a manifesta înțelegere și sprijin față de logopat; g) formarea unor specialiști logopezi cu o pregătire psiho-pedagogică, teoretică și practic-aplicativă care să stăpînească terapia handicapurilor de limbaj; h) studierea și cunoașterea diferitelor aspecte ale deficiențelor senzoriale și mintale ce influențează constituirea structurilor limbajului; i) optimizarea activității logopedice atît pentru terapia handicapurilor de limbaj, cît și pentru evitarea eșecurilor școlare și comportamentale; j) depistarea populației cu deficiențe de limbaj, începînd cu vîrsta preșcolară și organizarea activității pentru prevenirea și recuperarea handicapurilor de limbaj.

3. ETIOLOGIA ȘI CLASIFICAREA HANDICAPURILOR DE LIMBAJ

Asupra inidividului uman acționează o multitudine de factori dintre care unii sînt nocivi. Aceștia pot influența negativ dezvoltarea sa. Dar organismul are o anumită rezistență ce îi permite o evoluție normală și numai în anumite condiții acești factori determină dereglări psihice. În acest context, analizăm principalele categorii de factori care pot influența negativ dezvoltarea limbajului. De aici rezultă necesitatea cunoașterii unor asemenea cauze nu numai pentru a le preveni, dar și pentru adoptarea unei metodologii științifice în stabilirea diagnosticului diferențial și a modalităților de corectare a limbajului handicapat. În același timp, subliniem faptul că nu totdeauna se pot stabili, cu exactitate, cauzele care au provocat un handicap sau altul de limbaj și că de cele mai multe ori la baza unei dereglări sau nedezvoltări normale se află un complex de cauze. Prin urmare, handicapurile de limbaj apar prin acțiunea unor procese complexe în perioada intrauterină a dezvoltării fătului, în timpul nașterii sau după naștere.

Dintre cauzele care pot acționa în timpul sarcinii citățm: diferitele intoxicații și infecții, bolile infecțioase ale gravidei, incompatibilitatea factorului Rh, carențele nutritive, traumele mecanice, care lezează fizic organismul fătului, traumele psihice suferite de gravidă începînd cu neacceptarea psihică a sarcinii și terminînd cu trăirea unor stressuri, frămîntările interioare, spaime care își pun pecetea asupra dezvoltării normale a fătului ș.a. Din categoria cauzelor care acționează în tim-

pul nașterii menționăm: nașterile grele și prelungite, care duc la leziuni ale sistemului nervos central, asfixiile, ce pot determina hemoragii la nivelul scoarței cerebrale, diferitele traume fizice ș.a. În fine, a treia categorie o constituie cauzele care acționează după naștere; ele alcătuiesc grupa cea mai mare. Acestea pot fi împărțite în patru categorii:

a) *cauze organice* care pot fi de natură centrală sau periferică. Ne referim la diferitele traumatisme mecanice care influențează negativ dezvoltarea sistemului nervos central sau afectează nemijlocit auzul și organele fonoarticulatorii. În cazul unor leziuni la nivelul sistemului nervos central se pot produce, printre alte tulburări, handicapuri de limbaj ce au o mare varietate. Cu cît zona lezată este mai întinsă sau mai profundă, cu atît tulburările sînt mai complexe, deoarece sînt atinși mai mulți centri corticali responsabili pentru diferite funcții psihice. Așa, spre exemplu, lezarea timpanului împiedică recepția corectă a limbajului și emiterea normală a vorbirii, iar anomaliile dento-maxilo-faciale nu permit o participare sincronizată a tuturor elementelor implicate în procesul vorbirii. O asemenea situație se produce și în prognatism și progenie ca și în macroglosie sau microglosie. O anumită frecvență o au infecțiile și intoxicațiile cu substanțe chimice, medicamentoase, cu alcool, care pot afecta organic sau funcțional mecanismele neurofiziologice ale limbajului. Și unele boli ale primei copilării, ca meningita, encefalita, scarlatina, rujeola, pojarul etc. pot determina handicapuri de limbaj atît pe cale centrală, cît și periferică.

b) *cauze funcționale*. Ca urmare a acestor categorii de cauze se vor produce tulburări ale limbajului care privesc atît sfera senzorială (recepticare), cît și cea motorie (efectoare). Cauzele funcționale pot afecta oricare din componentele pronunțării: expirație, fonație, articulație. Astfel, apar dereglări ale proceselor de excitație și inhibiție, de nutriție la nivelul cortextului, insuficiențe funcționale la nivelul sistemului nervos central, insuficiențe ale auzului fonematic care, toate sînt dificil de evidențiat, dar au implicații nemijlocite asupra evoluției limbajului.

c) *cauze psiho-neurologice* ce influențează, mai ales, pe acei subiecți care, congenital, au o construcție anatomo-fiziologică cu implicații patologice. Asemenea cauze se întîlnesc la subiecții cu handicap mintal, la alienații mintal, la cei cu tulburări de memorie și de atenție, la cei cu tulburări ale reprezentărilor optice și acustice. Din această categorie fac parte și subiecții care manifestă neîncredere exagerată în posibilitățile proprii, timiditatea excesivă ca și supraaprecierea propriei persoane sau infatuarea ce marchează negativ structurarea personalității și a limbajului.

d) *cauze psiho-sociale*. Deși în literatura de specialitate se insistă mai puțin asupra lor, acestea nu sînt lipsite de importanță; la o analiză mai atentă vom constata că ele au o frecvență relativ mare, iar efectele lor negative împietează nu numai asupra dezvoltării limbajului, ci și asu-

pra întregii dezvoltări psihice a omului. Din această categorie fac parte unele metode greșite în educație (iatrogeniile și didactogeniile), slaba stimulare a vorbirii în ontogeneza timpurie, încurajarea copilului mic în folosirea unei vorbiri incorecte pentru amuzamentul părinților (adulților), toate conducînd la formarea unor obișnuințe deficitare, imitarea unor modele cu o vorbire incorectă în perioada constituirii limbajului, trăirea unor stări conflictuale, stressante, suprasolicitările, care favorizează oboseala excesivă (fenomenele de bilingvism apărute prin obligarea copilului să învețe o limbă străină înainte de a-și forma deprinderile necesare în limba maternă) ș.a.

În logopedie există mai multe tipuri de clasificări ale tulburărilor de limbaj. Aceste clasificări sînt efectuate în funcție de o serie de criterii cum sînt cel etiologic, lingvistic, morfologic și simptomatologic. Dar considerarea unui singur criteriu nu permite decît o clasificare unilaterală care vizează numai parțial natura și varietatea handicapurilor de limbaj. Astfel de clasificări sînt echivoce și nu cuprind toate categoriile limbajului deteriorat.

Ni se pare mult mai adecvată o clasificare care să țină seamă de mai multe criterii, în același timp: anatomo-fiziologic, lingvistic, etiologic, simptomatologic și psihologic. O astfel de clasificare elaborată de E. Verza s-a impus în literatura de specialitate și ea se rezumă la următoarele categorii:

1. tulburări de pronunție (dislalie, rinolalie, dizartrie);

2. tulburări de ritm și fluență a vorbirii (bîlbîială, logonevroză, tahilalie, bradilalie, aftonagie, tulburări pe bază de coree);

3. tulburări de voce (afonie, disfonie, fonastenie);

4. tulburări ale limbajului citit-scris (dislexie-alexie și disgrafie-agrafie);

5. tulburări polimorfe (afazie și alalie);

6. tulburări de dezvoltare a limbajului (mutism psihogen, electiv sau voluntar, retard sau întîrziere în dezvoltarea generală a vorbirii);

7. tulburări ale limbajului, bazat pe disfuncțiile psihice (dislogii, ecolalii, jargonofazii, bradifazii ș.a.).

O asemenea clasificare este importantă nu numai pentru activitatea de cunoaștere și terapie logopedică, dar și pentru diagnoza tulburărilor de limbaj. În activitatea de corectare, diagnosticul diferențial corect facilitează stabilirea metodologiei de lucru și fixarea cadrului general de recuperare. Prognoza se realizează în raport de diagnosticul diferențial, de particularitățile psihice ale persoanei, de vîrstă și sex. Există și situații cînd apar dificultăți în stabilirea diagnosticului diferențial, dat fiind faptul că unele forme ale handicapurilor de limbaj se pot confunda cu altele. Așa, spre exemplu, manifestările vorbirii alalicului pot fi confundate cu cele ale vorbirii unor handicapați de intelect sever, cu lipsa de

vorbire a surdo-muților, cu vorbirea dizartricilor, a afazicilor și a celor cu mutism psihogen. Pentru a evita aceste confuzii, investigațiile trebuie să continue pe direcția examenului psihologic și a altor explorări pe care le consideră necesare specialistul în logopedie.

4. DESCRIEREA PRINCIPALELOR HANDICAPURI DE LIMBAJ

Handicapurile de limbaj pot apărea atît pe fondul intelectului normal, cît și la deficienții mintal sau senzorial cînd, de obicei, sînt mai profunde și mai frecvente. În cazul unor asemenea asocieri, handicapul de limbaj este o formă secundară a unui sindrom complex, dar prin existența lui accentuează dificultățile de recuperare și adaptare. De aici necesitatea de a cunoaște, chiar și succint, principalele categorii ale handicapurilor de limbaj ce se întîlnesc la vîrstele preșcolară și școlară, ceea ce asigură educatorului posibilitatea de a manifesta atitudini diferențiate față de copii și de a interveni eficient în procesul recuperativ. Ca atare, nu vom descrie toate handicapurile de limbaj prezentate în clasificarea din paragraful anterior, ci numai pe cele cu o frecvență mai mare și la care educatoarea sau învățătoarea poate fi un sprijin remarcabil pentru terapia logopedică desfășurată de specialist.

4.1. Tulburările de articulație sau de pronunție

Se întîlnesc frecvent atît la copiii preșcolari, cît și la școlari. În cadrul acestora, *dislalia* are cea mai mare incidență între handicapurile de limbaj și constă în abaterea de la vorbirea standard prin pronunția incorectă a unor sunete, silabe și chiar cuvinte. Astfel, apar omisiuni de sunete și silabe, înlocuiri sau substituiri, inversarea lor și pronunția deformată. În funcție de întinderea acestor fenomene și de gravitatea lor se delimitează trei forme dislalice și anume: *dislalie simplă sau parțială*, cînd apar deteriorări numai la nivelul anumitor sunete, *generală sau polimorfă*, cînd sînt alterate majoritatea sunetelor sau silabelor și alta, generală sau totală, ce se extinde la nivelul cuvintelor. Sunetele afectate nu au aceeași pondere și frecvență, deoarece și în vorbire unele au o frecvență mai mare în raport cu altele, iar unele se emit mai ușor în timp ce sînt sunete care implică o mișcare fină a aparatului fonoarticulator. Consoanele sînt mai des afectate, comparativ cu vocalele, iar dintre primele, cele care apar mai tîrziu în vorbirea copiilor și sînt mai dificil de pronunțat, intră mai des sub incidența fenomenelor dislalice (cum sînt vibranta r, siflantele s-z, șuierătoarele ș-j, africatele c-g-t).

Afectarea acestor sunete și a altora determină perturbații atît la nivelul înțelegerii vorbirii celor din jur, cît și în comunicarea propriilor idei și stări sufletești.

În funcție de cauzele ce stau la baza handicapurilor de pronunție, dislaliile se împart în *organice și funcționale*. Dislaliile organice, numite și dislogii, sînt provocate de anumite deficiențe anatomofiziologice la nivelul aparatului articulator. Printre deficiențele anatomice incriminate mai des în dislalie se află prognatismul și progenia, amplasarea deficitară a dinților, frenul lingual prea scurt, despicăturile maxilo-velo-palatine (așa-numita „gură de lup" și „buză de iepure"). Există așa-numitele dislalii audiogene, determinate de lezarea aparatului auditiv, care împiedică formarea pronunției corecte. În lezarea aparatului auditiv, deteriorări ale sunetelor (în special m-n) provocate de vegetațiile adenoide, de polipi duc la tulburări de articulație, numite *rinolalii*. Dislaliile funcționale sînt provocate de unele întîrzieri în dezvoltarea intelectuală, de metodele educaționale greșite și de imitarea vorbirii deficitare a unor persoane din anturajul copilului. *Disartria* este cea mai gravă dintre tulburările de articulație și are la bază afecțiunea căilor centrale și ale nucleilor nervilor care participă în pronunție. Ea se caracterizează printr-o vorbire confuză, disritmică, disfonică, cu rezonanță nazală și pronunție neclară. La disartrici apar și o serie de complicații psihice ce se referă la tulburări afective, senzoriale, mintale, psiho-sociale și de motricitate.

4.2. Tulburări de ritm și fluență

Cuprind *bîlbîiala*, ce se caracterizează printr-o dificultate mai mare în vorbire și apare mai frecvent la băieți. Ca urmare a bîlbîielii se produc perturbări la nivelul personalității și comportamentului. Ea se prezintă sub trei forme: *clonică, tonică* și *mixtă*. În bîlbiiala clonică apar întreruperi ale fluenței vorbirii, determinate de prelungirea sau repetarea unor sunete și silabe. În forma tonică se produce un blocaj la nivelul primului cuvînt din propoziție, prin prezența unui spasm articulatoriu ce poate dura mai mult sau mai puțin, în funcție de gravitatea acesteia.

Forma mixtă este mai complexă deoarece sînt prezentate caracteristicile primelor două, cu predominarea uneia dintre ele.

În situația în care bîlbiiala este conștientizată de către logopat, acesta o trăiește ca pe o dramă interioară, ceea ce o poate transforma în *logonevroză*. Aceasta este deosebit de rezistentă la corectare și afectează întreaga personalitate a subiectului. Ea are o simptomatologie mai complexă. În grădiniță, dar mai cu seamă în școală, copiii care sînt ironizați de colegii lor pentru dificultățile ce le au sau sînt traumatizați de neînțelegerea educatorului conștientizează handicapul cu care se confruntă

și aceasta se agravează, influențîndu-l în ansamblu pe individ. Ca urmare, se instalează logonevroza, iar logopatul pe lîngă dificultățile de vorbire, devine anxios, temător, neîncrezător, suspicios, negativist, nesociabil și necooperant în activitate, ceea ce are efecte negative asupra randamentului școlar.

În aceeași categorie a tulburărilor de ritm și cadență se înscriu *tahilalia* (vorbirea într-un tempou prea rapid) și *bradilalia* (vorbirea într-un tempou exagerat de rar). Tulburările de vorbire de acest gen au efecte mai pregnante asupra posibilităților logopatului de a se face înțeles de auditoriu și imprimă o notă dezagreabilă cursivității vorbirii. Un efect similar îl au și celelalte handicapuri din această categorie de ritm și fluență a vorbirii la care se adaugă spasmele localizate la nivelul mușchilor linguali sau a aparatului fonoarticulator.

4.3. Tulburările de voce

Se manifestă prin scăderea intensității și timbrului vocii pînă la pierderea ei totală. Astfel, în *fonastenie*, din cauza oboselii vocii, coardele vocale nu mai au calitatea de a imprima o intensitate normală vorbirii; în *disfonie* are loc o pierdere parțială a vocii, a expresivității și intonației ei, iar în *afonie* sonoritatea vocii dispare total. Aceste fenomene se produc prin suprasolicitarea vocii, a unor tensiuni psihice excesive, a afecțiunilor aparatului fonoarticular, a laringitelor acute și cronice, a afecțiunilor sistemului endocrin și a organismului în general.

4.4. Tulburările limbajului citit-scris

Au o mai mare frecvență la școlarii mici și constă în incapacitatea parțială de a-și forma deprinderi corecte de citire, numite *dislexii* ori de scriere, denumite *disgrafii*. Cînd asemenea incapacități sînt totale și apar, de obicei pe fondul altor handicapuri (mentale, psihice etc.) sînt numite alexie și respectiv agrafie.

Școlarul cu dislexie și disgrafie face confuzii sonstante și repetate între fonemele asemănătoare acustic, sunetele și grafemele lor, inversiuni, adăugiri și omisiuni ale acestora. Asemenea fenomene se pot extinde și la nivelul cuvintelor și chiar al propozițiilor. În același timp, intervin impedimente în combinarea cuvintelor pentru alcătuirea de sintagme. Ele sînt însoțite, uneori, și de tulburări ale lizibilității și ale laturii semantice, fapt ce implică dificultăți în automatizarea regulilor ortografice. La unii disgrafici grafemele sînt plasate defectuos în spațiul paginii, sînt inegale ca mărime și formă, ceea ce conduce la o inestetică evidentă a scrisului. Din cauza neînțelegerii textelor citite, și chiar a

propriului lor scris, exprimarea verbală la dislexici și disgrafici este lacunară, cu omisiuni sau dimpotrivă, conține adăugiri de elemente ce nu figurează în textul respectiv. Forme variate de dislexo-disgrafie pot apărea și după achiziția deprinderilor citit-scrisului, ca urmare a instalării unor factori inoportuni dezorganizatori, implicați în procesul respectiv.

Copii cu astfel de handicapuri se împart, sub raportul manifestării, în patru categorii: a) cei care nu-și dau seama de dificultățile proprii și nici ale altora; b) cei care sesizează dificultățile la alții, dar nu și pe ale lor; c) cei ce sînt conștienți de handicapul respectiv, dar sînt incapabili de a-l înlătura și d) cei care sînt sensibili la dificultățile respective și fac progrese evidente în înlăturarea acestora.

4.5. Tulburările polimorfe

Au un înalt grad de dificultate și vizează atît comunicarea, cît și evoluția psihică a subiectului. Ele sînt cunoscute sub denumirea de *afazie* și se manifestă prin pierderea parțială sau totală a funcțiilor limbajului sau de *alalie*, cînd copilul se naște cu dificultăți majore în achiziția limbajului, rămînînd practic în afara comunicării verbale. Acești subiecți folosesc limbajul semnelor (relativ asemănător cu cel al surdo-muților), și unele cuvinte mono și bisilabice.

4.6. Tulburările de dezvoltare a limbajului

Determină dificultăți în comunicare, în exprimare și în înțelegerea vorbirii celor din jur. Așa-numitele *retarduri sau întîrzieri în vorbire* sînt caracteristice pentru acei copii care nu ating nivelul mediu al dezvoltării vorbirii pentru vîrsta respectivă. La aceștia vocabularul este sărac și redus, mai cu seamă la cuvinte uzuale, iar posibilitățile de formulare propozițională sînt foarte limitate, ceea ce se reflectă atît în aspectele fonetice, lexicale, cît și gramaticale. *Mutismul electiv sau voluntar* se manifestă printr-un refuz temporar de a comunica cu anumite persoane sau în cazuri mai grave, cu toți cei din jur. O asemenea stare apare, mai frecvent, la copiii hipersensibili, ca urmare a unor metode greșite de educație, a eșecurilor repetate, stressurilor, a unor atitudini care frustează copilul. Întreruperea chiar și temporară a comunicării influențează negativ achiziția limbajului și integrarea în activitate.

4.7. Tulburările limbajului bazate pe disfuncțiile psihice

Se manifestă prin dezordini generale de formulare, expresie verbală și de înțelegere a comunicării. Fenomenele de logoree și de exprimare incoerentă sînt foarte active la această categorie de handicapați la care dereglările verbale constituie efecte secundare.

TEME DE CONTROL

1. Arătați care sînt momentele mai importante ale constituirii logopediei ca știință.
2. În ce constă importanța teoretică și practică a logopediei?
3. Care sînt principalele categorii etiologice ce determină handicapurile de limbaj?
4. Evidențiați criteriile și clasificarea handicapurilor de limbaj.
5. Descrieți principalele categorii ale handicapurilor de limbaj.

Capitolul XI

TERAPIA HANDICAPURILOR DE LIMBAJ

Activitatea corectiv-recuperativă trebuie să înceapă, în primul rînd, cu copiii preşcolari şi şcolari mici pentru a evita transformarea tulburărilor de vorbire în deprinderi greşite şi a înlesni desfăşurarea procesului instructiv-educativ în condiţii adecvate. Pe de altă parte, la vîrstele mici tulburările de vorbire sînt mai frecvente, dar şi corectarea lor este mult mai facilă în raport cu perioadele înaintate. Aceasta nu înseamnă că vor fi neglijaţi puberii, adolescenţii şi chiar adulţii care manifestă handicapuri de limbaj, cu atît mai mult cu cît se ştie că la aceştia frămîntările lăuntrice ce le provoacă sînt mai accentuate şi influenţează negativ structurile de personalitate.

Metodele şi procedeele folosite în terapia logopedică sînt specifice fiecărei categorii de tulburări, iar alegerea lor este în funcţie de fiecare caz în parte, de tipul de handicap şi gravitatea acestuia, de vîrsta şi nivelul de dezvoltare psihică a subiectului, de etiologia şi simptomatologia acestora. Atît educatoarea, cît şi învăţătoarea trebuie să aibă o evidenţă clară a copiilor cu dificultăţi de vorbire pentru a putea contribui la corectarea lor şi a fi un sprijin eficient al specialistului în logopedie. Stabilirea diagnosticului logopedic este esenţial pentru atitudinea faţă de logopat şi adoptarea complexului terapeutic. Astfel, la fiecare început de an, fişa copilului va fi completată cu date rezultate din examinarea limbajului şi se vor consemna ulterior progresele obţinute. Este nevoie pentru început să se surprindă modul de pronunţie a sunetelor mai rele din punct de vedere al emiterii (r, s, ş, ţ, ce, ci, ge, gi etc.) iar atunci cînd se constată dificultăţi la nivelul acestora, examinarea se extinde şi asupra altora. Apoi, se vor purta discuţii libere, se va cere copilului să alcătuiască o povestire, se vor consulta caietele etc., pentru a putea depista alte eventuale handicapuri de limbaj.

În terapia limbajului handicapat există două categorii mari de metode şi procedee. Dintre acestea, unele sînt generale şi comune pentru toate categoriile de handicapaţi, iar altele sînt specifice şi se adoptă în raport de fiecare caz în parte. Dar în cele mai multe cazuri, ele se aplică combinat şi vizează, în egală măsură, aspectele corective ale limbajului ca şi stimularea activităţii psihice în ansamblu. Unele sînt de competenţa exclusivă a specialistului, dat fiind gradul lor de complexitate şi specificitate. Din prima categorie de metode şi procedee fac parte

acelea care contribuie indirect la corectarea handicapurilor de limbaj și pregătesc subiectul pentru aplicarea celei de a doua categorii și anume metodele și procedeele specifice logopedice. Aceasta nu înseamnă că metodele și procedeele cu caracter general, din prima categorie, nu sînt eficiente, ci dimpotrivă ele au o mare importanță pentru întreaga terapie a handicapurilor de limbaj, iar educatoarea și învățătoarea au un rol important în aplicarea lor. La acestea ne vom referi în primul rînd și numai la unele din cele din categoria a doua, deoarece ele pot fi aplicate și în afara cabinetelor logopedice de către educator sau chiar de părinți, care vor fi inițiați de specialist. Ca atare, prin intermediul acestor metode și procedee se pot obține unele ameliorări în corectarea handicapurilor de limbaj.

1. METODE ȘI PROCEDEE CU CARACTER GENERAL

1 1. Educarea respirației și a echilibrului dintre expirație și inspirație

Pentru producerea fiecărui sunet este necesar să vibreze coardele vocale. Acestea vibrează în timpul expirului, în proporție diferită, și își modifică presiunea (ca și inspirul, de altfel) în emisia sunetelor. De pildă, presiunea expiratorie este mai accentuată în pronunțarea consoanelor surde, comparativ cu emisia celor sonore. Musculatura implicată în actul respirației trebuie exersată mai cu seamă la copii, deoarece ea nu este suficient de dezvoltată, iar antrenamentul natural desfășurat în ontogeneză are la bază o perioadă relativ scurtă. În respirația de tip costo-abdominală, specifică sexului masculin, rolul hotărîtor îl au mușchii abdominali și costali inferiori, iar în respirația toracică, prezentă la sexul feminin, mușchii toracali determină activitatea expirului și inspirului. În multe din handicapurile de limbaj (mai cu seamă în cele de ritm și fluență a vorbirii) se modifică tipul de respirație în sensul că băieții adoptă o formă asemănătoare a fetelor și invers, fetele iau caracteristicile respirației costo-abdominale. Pe de altă parte, la mulți logopați se manifestă tendința de a vorbi și în timpul inspirului (nu numai a expirului cum este normal), ceea ce afectează și mai mult vorbirea. Dar indiferent de tipul de respirație, un rol hotărîtor îl joacă controlul nervos în reglarea echilibrului dintre expir și inspir, echilibru necesar atît pentru emisie, cît și pentru ritmul vorbirii normale.

La copii încă nu este realizată, în toate cazurile, o diferențiere netă a respirației în funcție de sex și ea nu se desfășoară în mod ritmic. Se constată că în handicapurile de vorbire disritmurile respiratorii se accentuează, iar în unele situații chiar aceste dereglări pot determina tulbu-

rări de ritm și fluență a vorbirii. În stările de oboseală sau de tensiune psihică lipsa de sincronizare a expirului și a inspirului este tot mai accentuată. În asemenea situații handicapurile de vorbire au tendința de a se manifesta mai frecvent și mai pregnant, iar la logopat se instalează o teamă exagerată pentru actul comunicării. Astfel, în vorbirea logopatului apar nu numai neregularități în intensitate și melodicitate, dar și pauze neregulate în timpul vorbirii (prea scurte sau prea lungi), ceea ce-i dă un aspect dezagreabil. Spre exemplu, la cei bîlbîiți sau dislalici, care au tendința de a vorbi și în timpul inspirului (așa cum nu este normal), se accentuează logopatia și oboseala verbală.

Pentru a preveni și înlătura asemenea dereglări cu efecte negative, în funcție de vîrsta subiectului se pot folosi o serie de exerciții care duc la înlăturarea deficiențelor respiratorii și măresc capacitatea și volumul respirator. Printre cele mai însemnate sînt jocurile în aer liber, gimnastica urmată de expir și inspir prelungit, suflarea în spirometru, umflarea balonului (pentru dezvoltarea capacității toracice), expirarea și inspirarea alternativă pe gură și pe nas, exerciții de respirație, efectuate odată cu pronunțarea sunetelor sau a cuvintelor, a cîntului și a recitării poeziilor ritmice, în vederea sincronizării celor două acte etc.

1.2. Dezvoltarea auzului fonematic

Acesta nu se confundă cu auzul fizic care poate fi normal, dar există o slabă dezvoltare sau dereglare a auzului fonematic. Auzul fonematic joacă un rol deosebit de important în discriminarea sunetelor, a silabelor și a cuvintelor ca unități specifice limbajului. Așadar, el se deosebește de auzul fizic, nu se confundă cu acesta și nu există în toate cazurile o corelație directă între cele două forme de auz. În cazul unei slabe dezvoltări sau a unor tulburări de auz fonematic, recepția limbajului se face deficitar și ca atare emisia vorbirii nu este normală. Dacă avem în vedere și relația strînsă dintre auzul fonematic și producerea mișcărilor articulatorii, atunci vom înțelege că tulburările de pronunție pot apărea mai des și cu o intensitate mai mare.

În vederea realizării unei pronunții corecte, fiecare individ trebuie să efectueze o comparație între propria sa pronunție și cea a persoanelor din jurul său, pe de o parte, iar pe de alta el trebuie să realizeze un autocontrol permanent cu ajutorul auzului asupra emisiilor sale verbale. Or, deficiențele auzului fonematic fac imposibilă o astfel de performanță și îngreuiază imitația verbală atît de caracteristică la copii și de aici posibilitatea apariției dislaliilor, a tulburărilor de voce, a rinolaliilor. Datorită deficiențelor auzului fonematic, copilul nu este întotdeauna conștient de handicapul său de vorbire, dar începe rapid să-și dea seama o dată cu efectuarea unor exerciții pentru dezvoltarea acestuia.

Copiii cu dificultăți pe linia auzului fonematic întîmpină și greutăți mai mari sau mai mici în recepția corectă a vorbirii, ceea ce diminuează înțelegerea conținutului semantic.

Dezvoltarea auzului fonematic se poate realiza la copiii preșcolari prin jocuri de ghicire a vocii celor care îi strigă, diferențierea unor sunete de altele, imitarea și identificarea unor animale (sisiitul șarpelui, a gîscanului etc.), iar la cei mai mari prin diferențierea și identificarea cuvintelor sinonime și paronime, a recitării de poezii ritmice, a diferențierii unor grafeme asemănătoare concomitent cu pronunția lor (b-p, m-n etc).

1.3. Dezvoltarea motricității generale și a mișcărilor fonoarticulatorii

Din acest punct de vedere sînt importante în primul rînd exercițiile generale care fortifică organismul (trunchiul, gîtul, membrele). Este indicat ca aceste exerciții să se asocieze cu cele de respirație, pentru a facilita mișcările complexe ale grupelor de mușchi care iau parte în actul de respirație și la activitatea aparatului fono-articulator în emisia verbală. Aceasta deoarece în pronunțarea fiecărui sunet și cuvînt corpul, gîtul, membrele capătă o anumită poziție, de relaxare sau de încordare. Asemenea încordări sau relaxări imprimă o anumită postură întregului corp și ea este diferită la persoanele normale față de cele cu handicap de limbaj. De pildă, la handicapații cu tulburări de pronunție are loc o încordare a mușchilor de la nivelul aparatului fono-articulator, a limbii, a buzelor, pe porțiuni nespecifice, ceea ce determină nu numai accentuarea afectării pronunției, dar și a dicției, a timbrului și înălțimii vocii. Din aceste motive sînt necesare două tipuri de exerciții: unele pentru relaxarea organismului și a musculaturii aparatului de emisie, ceea ce joacă un rol important în pronunțarea majorității sunetelor limbii române, și altele de încordare, care sînt folositoare mai cu seamă pentru pronunția sunetelor surde și a cuvintelor mai complicate.

Pentru a fi eficiente, exercițiile fizice generale trebuie să se desfășoare la copii sub formă de joc în mod ritmic, ceea ce contribuie la imprimarea ritmicității și la nivelul vorbirii. În tulburările motorii ce sînt prezente la dislalicii, disgraficii sau disartricii cu deficiențe motorii cerebrale, exercițiile fizice generale trebuie executate paralel cu dezvoltarea vorbirii și continuate pe o perioadă mai lungă de timp pentru că și handicapul de vorbire este mai grav și necesită o perioadă mai lunga de recuperare.

În scopul dezvoltării organelor fono-articulatorii, se pot folosi exerciții pentru dezvoltarea mișcărilor expresivității faciale, linguale, mandibulare, labiale. Sînt eficiente umflarea alternativă a obrajilor, imitarea ritmică a rîsului și a surîsului, coborîrea ritmică a sprîncenelor al-

ternativ cu închiderea ochilor, clipirea ritmică etc. Dintre exercițiile linguale se pot enumera cele care se referă la deschiderea gurii și scoaterea ritmică a limbii, scoaterea limbii peste buza superioară în direcția nasului și peste buza inferioară înspre bărbie, ridicarea limbii spre palatul gurii și lăsarea ei în jos cu zgomot, imitarea tremuratului (brr, brrr) ș.a. Pentru dezvoltarea motricității mandibulare, mai cu seamă în prognatism și progenie sau la cei cu despicături maxilo-faciale, se utilizează exerciții de mișcare a mandibulei la stînga și la dreapta, mișcări înainte și înapoi, imitarea căscatului și rumegatului animalelor. În fine, pentru dezvoltarea motricității labiale atît de necesară în dislalie și în special la dislalicii audiogeni (cum sînt hipoacuzicii) sau în disglosii și la cei cu anomalii ale buzelor se va adopta cu ajutorul buzelor forma de pîlnie (ca în pronunția sunetelor o și u), strîngerea buzelor și suflarea aerului cu putere ca în pronunția sunetelor p și b, retragerea și extensia comisurilor laterale ș.a.m.d.

1.4. Educarea personalității și înlăturarea negativismului

După cum se știe una din funcțiile esențiale ale limbajului este cea reglatorie și autoreglatorie. În handicapurile de limbaj scade funcționalitatea unei asemenea funcții și, ca atare, se produc perturbații în organizarea și sistematizarea activității psihice, ceea ce face să se reducă încrederea în forțele proprii și să apară o stare de încordare permanentă. Handicapurile de limbaj accentuate, care afectează atît latura expresivă, cît și cea impresivă a limbajului nu numai că determină reticențe în relaționarea cu cei din jur, dar integrarea logopatului în activitate devine anevoioasă. Ca atare, structurarea însușirilor de personalitate pot îmbrăca forme negative care duc la comportamente neintegrative. Cu cît handicapul de limbaj este mai grav, cu atît tensiunea crește, iar subiectul va trăi acest fenomen în planul psihic ca pe o dramă. Într-o investigație efectuată de noi asupra unui lot de subiecți cu handicapuri de limbaj, format din 150 dislalici, 63 bîlbîiți, 32 cu tulburări de voce și 113 cu handicap asociat — dislexie — disgrafie am constatat tulburări comportamentale la 104 dislalici, la 56 bîlbîiți, la 14 din cei cu tulburări de voce și la 88 dislexici — disgrafici. Numărul relativ mare al subiecților la care au apărut tulburări comportamentale se explică tocmai prin trăirea dramatică a handicapului de limbaj pe fondul hipersensibilității și a atitudinilor nefavorabile a celor din jur.

Subliniem că la școlarii mari, la puberi și adolescenți, prezența handicapurilor de limbaj determină o intensificare a tulburărilor de personalitate. Astfel, subiecții respectivi sînt deprimați, anxiosi, nervoși, irascibili, rigizi, reținuți, necooperanți, frustați, negativiști, trăiesc com-

plexe de inferioritate etc. Cei mai sensibili refuză să meargă la școală și adoptă o atitudine negativă față de învățătură, ceea ce duce la eșecuri școlare repetate. Cu cît aceștia își prelungesc astfel de stări stressante cu atit provoacă o hipersensibilitate afectivă mai accentuată sau tulburări afectiv-emoționale și volitionale.

În educarea personalității și crearea condițiilor normale de evoluție, un rol deosebit de important îl joacă, pe lîngă progresele înregistrate în înlăturarea handicapurilor de limbaj, psihoterapia, sugestia verbală și încurajarea subiectului. Desigur, există unele caracteristici ale psihoterapiei pentru handicapații de limbaj, dar aplicarea ei trebuie să țină seama de vîrsta, etiologia și simptomatologia tulburărilor respective. Ne vom referi, în continuare, numai la formele ce pot fi folosite de educator (așa cum am procedat și în cazul celorlalte metode) lăsînd în seama specialistului pe cele complexe. Astfel, la copiii preșcolari mici psihoterapia se poate desfășura sub forma unor jocuri dirijate de educatoare. În asemenea situații, copiii sînt ușor antrenați în activitatea și în verbalizarea acțiunilor respective. Totodată ei pot fi influențați, discret, în direcția încurajării și înlăturării negativismului. Sînt ajutați să învețe, să coopereze și să stabilească relații verbale cu cei din jur, ceea ce contribuie la cîștigarea încrederii în posibilitățile proprii și la crearea de satisfacții. Pe aceeași linie se înscriu vizionările unor filme sau a teatrului de păpuși, urmate de comentarii dirijate ce urmăresc antrenarea în activitatea verbală și desprinderea unor elemente cu caracter moralizator. Pentru școlari discuțiile trebuie astfel purtate încît scopul principal să fie acela de a contribui la crearea unei stări relaxante și trăirea confortului psihic. Se va viza în mod deosebit influențarea voinței și modul de a gîndi a interlocutorilor, se va accentua ideea înțelegerii caracterului tranzitoriu al handicapului de limbaj și că randamentul activității intelective se va îmbunătăți o dată cu educarea limbajului.

Astfel, toate demersurile ce se subsumează acestor acțiuni sugestive și de influențare pozitivă a subiectului vor viza următoarele obiective:

— dezvoltarea încrederii subiectului în forțele proprii; — formarea convingerii că tulburările de limbaj nu presupun deficite de intelect, iar eșecurile la învățătură pot fi evitate printr-un efort sporit; — înțelegerea faptului că handicapurile de limbaj sînt temporare și că ele pot fi înlăturate; — înlăturarea atitudinii negativiste și dezvoltarea optimismului.

2. METODE ȘI PROCEDEE SPECIFICE LOGOPEDICE

Metodele și procedeele specifice logopedice au un grad mai mare de complexitate și presupun o specializare aparte. Ele vizează, nemijlocit, handicapurile de limbaj, devenindu-și eficiența și în raport de măiestria terapeutului. Dintre acestea ne vom referi la cîteva mai simple

ce pot fi aplicate de fiecare cadru didactic. În această categorie se înscriu exercițiile de vorbire ritmată, în care recitarea unor poezii imprimă fluență vorbirii, exercițiile de imitare a unor modele cu vorbire corectă, exercițiile de imitare a poziției corecte a aparatului bucal în timpul emisiei, imitarea (mai cu seamă pentru copiii mici) a unor fenomene naturale sau a zgomotului făcut de unele ființe și obiecte (imitarea sisiitului de șarpe pentru emiterea corectă a sunetului, imitarea vîntului pentru emisia sunetului v etc.). Pentru corectarea tulburărilor limbajului scris-citit se adoptă citirea pe sintagme cu explicarea și înțelegerea deosebirilor acestora, citirea pe roluri și în ștafetă, scrierea și explicarea deosebirilor dintre grafemele asemănătoare din punct de vedere spațial (b-p, m-n, d-b etc.), trasarea unor grafeme cu degetul în aer și apoi pe hîrtie pentru a imprima mișcarea necesară ș.i, a.

Un loc însemnat în stimularea verbală și în înțelegerea acțiunilor cauzale plauzibile îl ocupă *citirea imaginilor*. La preșcolarii mici se prezintă imagini cu obiecte și acțiuni umane, solicitîndu-se denumirea lor, iar la cei mai mari se dau imagini în suită (din trei — cinci imagini) care să faciliteze alcătuirea de povestiri închegate. Astfel, citirea după imagini se constituie ca etapă a prealfabetizării, pe care copiii o parcurg cu interes, mai cu seamă cînd acestea sînt colorate și sugerează o narațiie implicată în modul lor de aranjare. Ele nu-și pierd din semnificație nici la vîrsta școlară mică. Acum sînt preferate acele imagini cu un conținut mai complex, cu acțiuni științifico-fantastice, cu povestiri istorice și personaje puternice, dar realizate estetic și cu un pronunțat caracter al învingerii binelui și frumosului.

La reușita acestora se adaugă tactul pedagogic al educatorului, manifestarea înțelegerii față de copilul handicapat, afirmarea unui climat efectiv tonifiant în colectivitate, din care să nu lipsească încurajarea pentru fiecare progres obținut de copil.

3. RELAȚIA DINTRE LIMBAJ-COMPORTAMENT-PERSONALITATE

Din analiza relației dintre limbaj, comportament și personalitate rezultă, pe de o parte, unitatea psihismului uman, iar pe de altă parte, nevoia de a corecta orice dereglare pentru a putea evita efectele negative asupra celorlalte paliere ale evoluției psihice. În acest context, logopedia contemporană este preocupată, din ce în ce mai mult, de influențele handicapurilor de limbaj asupra personalității și comportamentului logopatului, în general. Ca atare, subiectul logopat, indiferent de vîrsta sa, nu mai este tratat ca o simplă persoană cu tulburări de limbaj, ci este privit în perspectiva educării complexe: atît în corectarea handicapurilor de vorbire, cît și în cea a formării și dezvoltării personalității,

în scopul adoptării unor comportamente integrative și adecvate activității.

Handicapurile de limbaj, începind cu cele mai simple, cum sînt dislaliile, provoacă, o dată cu înaintarea în virstă, dezorganizarea personalității și dezordini comportamentale. Efectele negative se manifestă de la rețineri în vorbire, inhibiție în activitate, blocaje psihice, și pot determina chiar dezorganizarea constituirii însușirilor personalității. Cînd handicapurile de limbaj sînt mai grave și mai extinse, efectele negative sînt mai mari, ceea ce duce la o accentuare a tulburărilor de personalitate. Dacă copiii preșcolari și școlari mici acordă mai puțină importanță handicapurilor de vorbire, școlarii mari, puberii, adolescenții și persoanele adulte fac uneori din aceasta adevărate drame. Ei nu înțeleg că frămîntările în care se zbat nu contribuie la înlăturarea handicapului, ci dimpotrivă, îl accentuează. La majoritatea handicapaților, aceste frămîntări și comportamente aberante se extind de la relațiile cu familia, cu rudele, prietenii, la colectivul din care face parte intrînd adeseori în conflict, avînd impresia că este neînțeles de acesta.

Atunci cînd handicapurile de limbaj sînt consecutive altor deficiențe, cum sînt cele senzoriale sau fizice, tulburările personalității și dezordinile comportamentale devin tot mai persistente. Pentru cei cu handicap de intelect, fenomenele nu ne apar atît de complicate, deoarece aceștia nu reușesc, decît parțial și numai în unele cazuri, să conștientizeze situația în care se află. La persoanele cu debilitate ușoară sau la cele cu intelect de limită, handicapurile de limbaj pot constitui, alături de dificiența psihică, factori traumatizanți ce influențează negativ, planul comportamental. Indiciul cel mai evident al unor tulburări de personalitate atît la normali, cît și la deficienții senzoriali, psihici și fizici, îl constituie adoptarea unor comportamente antisociale, dificultăți de integrare în colectiv, izolarea de colectiv și centrarea pe sine, negativismul și încăpățînarea, subaprecierea forțelor proprii, manifestarea unor atitudini egocentriste și egoiste, stări prelungite și dureroase tensional, ce duc la surmenaj fizc și intelectual. Se poate ajunge astfel la anxietăți, complexe de inferioritate și nevroze, ceea ce determină un comportament al handicapaților de limbaj manifestat prin instabilitate, prin mari oscilații de la o situație la alta, de la o zi la alta, de perceperea exacerbată a unor stimuli care au o semnificație redusă pentru alte persoane, dar pe care, subiectul îi amplifică și îi recepționează ca factori negativi. De aici rezultă că trăsăturile de personalitate au un ridicat grad de fragilitate și instabilitate. Or, tocmai relația dintre caracteristicile stabile și cele instabile denotă un anumit tip de personalitate și, în raport de dominarea uneia sau a alteia, se conturează o personalitate puternică, armonioasă și matură, or, dimpotrivă, o personalitate fragilă, dizarmonică și imatură.

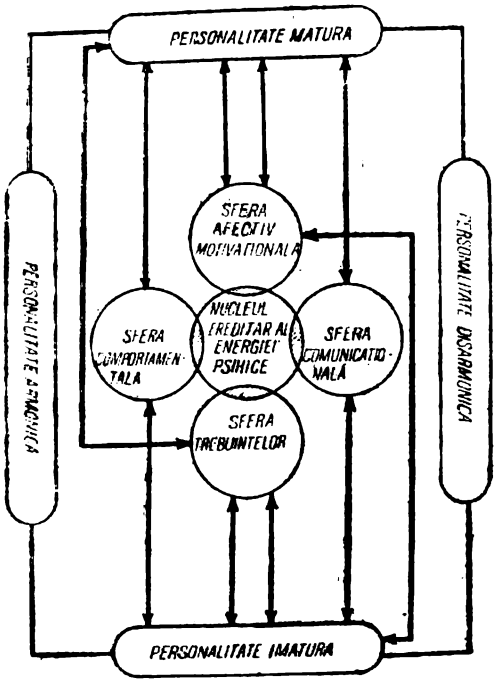

Fig. 4. Dimensiunea personalității la handicapați

În studiul personalității, psihologii au avut dintotdeauna în atenție și deteriorarea acesteia ca urmare a acțiunii unor factori stressanți. Personalitatea handicapatului de limbaj se poate dezorganiza pe fondul stării de inerție, de rigiditate și a fobiei vorbirii ce se întărește sub forma unor legături durabile și obsedante și astfel, vor fi provocate și alte dereglări verbale. În alte cazuri, asemenea situații amplifică handicapurile de limbaj existente prin apariția unui mutism electiv. O dată cu intrarea în școală a copilului cu tulburări de vorbire, tabloul manifestărilor psihice se complică tot mai mult. La aceasta contribuie faptul că prin solicitarea copilului să vorbească în fața colectivului de elevi și neputința acestuia de a se exprima corect atrage ironia celorlalți, copiii punîndu-l în situația de a trăi mai accentuat hipersensibilitatea afectivă, refuzînd să mai răspundă la lecții, de teamă să nu greșească.

Raportate la particularitățile temperamentale, vîrstă, educație și dezvoltare mintală, handicapurile de vorbire pot provoca și o excitație psiho-motorie, ce se manifestă prin agitații permanente, neastîmpăr, mișcări dezorganizate, indisciplină. Din aceleași motive, la alți handicapați de limbaj pot apărea manifestări opuse, inhibitive, ce duc la un comportament rigid, uniform și fără un activism adecvat momentelor respective.

În genere, tulburările comportamentale sînt provocate de conflicte lăuntrice, de frămîntări interne în cazul în care handicapatul nu-și dă seama de posibilitatea rezolvării situației sale dificile. Cînd conflictele se prelungesc și devin cronice, ele influențează negativ, în primul rînd formarea caracterului și nu stimulează dezvoltarea psihică în ansamblu. La aceștia apar frecvent oscilații și contradicții în rezolvarea problemelor, ca și în adoptarea modalităților de acțiune mintală și practică.

Existența handicapurilor de limbaj la persoanele cu intelect deficitar duce la regresia psihică și comportamentală, ca urmare a deficitului funcțiilor de cunoaștere și de exprimare, a imaturității afective, a creș-

terii sugestibilității, impulsivității și rigidității psihomotorii. Aceasta și pentru faptul că deficitul de intelect îngreunează aprecierea concretă și adecvată a situațiilor de viață ce presupun adaptarea comportamentală prin anticiparea acțiunii, a riscurilor și împrejurărilor favorabile în care se află subiectul la un moment dat. În acest sens, legarea genezei afective de geneza gîndirii exprimă, în fapt, determinismul psihologic și recunoașterea rolului celor două procese la elaborarea mecanismelor comportamentale. R. Zazzo exprimă aceasta, arătînd că inteligența nu este un factor suficient pentru determinarea adaptării sociale, căci o importanță similară o au și factorii emoționali și cei de mediu.

În deprivările de auz și de vedere, handicapurile de vorbire creează probleme supraadăugate, în ceea ce privește comunicarea și integrarea socială. Spre deosebire de debilii mintal, aceștia își dau mai bine seama de situația lor și percep eșecurile repetate ca fiind determinate, în primul rînd, de posibilitățile lor reduse de exprimare. Datorită absenței folosirii cuvîntului la surzi sau a folosirii cu dificultate la hipoacuzici, precum și a slabei înțelegeri a vorbirii, aceștia au o evoluție psihică și socială mai lentă. Rezultate bune se obțin prin frecventarea grădiniței și a școlii, unde prin conținutul muncii dirijate și metodice se asigură evoluția psihică, demutizarea, și se impulsionează socializarea. În cazul pierderii vederii, se produce un dezechilibru profund în relațiile individului cu lumea externă. Dar dificultățile de pronunțare sînt mai frecvente la nevăzători congenitali, pentru că ei nu au posibilitatea să imite modelul corect, decît pe cale auditivă. Sensibilitatea lor este foarte accentuată, ca și conflictele interne, deoarece au mari dificultăți de orientare în mediu. Ei trăiesc dramatic pe fondul unui intelect normal nu numai deficiența de vedere, dar și handicapul de limbaj.

În ontogeneză, limbajul, comportamentul și personalitatea copilului se dezvoltă sub influența unor factori sociali în care familia, grădinița și școala dețin rolul fundamental și dau semnificații previzibile pentru viața viitorului adult. În acest context se pun bazele interrelațiilor reciproce dintre limbaj, comportament și personalitate. Aceste interrelații devin de necontestat deoarece o dată cu conturarea tot mai evidentă a personalității copilului apare un comportament verbal încărcat de semnificații multiple, o conduită complexă și matură. Nu există nici un echivoc că și conduita verbală poartă pecetea manifestărilor intime și specifice ale personalității, ale felului cum sînt trăite, asimilate și reflectate influențele mediului înconjurător. În același timp, prin intermediul limbajului se exprimă cel mai adecvat stările atitudinale ale omului, cum sînt atitudinea față de sine, față de alții și față de muncă, care toate denotă forme comportamentale afirmate.

Importanța dezvoltării și cultivării conduitei verbale rezultă și din faptul că, datorită ei, subiectul uman se prezintă sub variate aspecte: al capacităților intelective, al trăirilor afectiv-emoționale, al particularități-

lor de temperament, caracter, cultură, vîrstă etc. Așadar, se poate afirma că limbajul, conduita verbală definește omul ca persoană cu toate atributele sale. Dar, datorită efectului circular al limbajului, o dată ce a fost manifestat, el are influențe asupra noastră în sensul că reglează și organizează întreaga activitate psihică, prin satisfacțiile și insatisfacțiile ce le simțim în raport cu efectele asupra celor din jur. Astfel, prin intermediul limbajului, putem să ne mobilizăm forțele într-o acțiune pe care o întreprindem sau dimpotrivă, ne putem frîna sau inhiba demersul, respectiv, el ne creează un anumit tonus afectiv, ne facilitează gîndirea, meditația, exprimarea trăirilor noastre, în general. Nu așa stau lucrurile la handicapații de limbaj, deoarece în acest lanț funcțional există verigi care nu se sincronizează și nu armonizează bine funcționarea sistemului. Așa cum am văzut, dereglările de limbaj influențează negativ personalitatea ca și mecanismele operative în planul ideal și cel acțional. Dar se obțin progrese evidente o dată cu ameliorarea tulburărilor de limbaj și mai cu seamă prin înlăturarea lor. Iată de ce implicarea educatorului în corectarea și dezvoltarea limbajului prezintă semnificații majore pentru dezvoltarea ființei umane.

TEME DE CONTROL

1. Descrieți metodele și procedeele cu caracter general folosite în terapia logopedică a handicapurilor de limbaj.
2. Enumerați cîteva din exercițiile specific logopedice ce au un pronunțat caracter corectiv-recuperativ asupra limbajului handicapat.
3. Analizați relația dintre limbaj-comportament-personalitate.
4. Precizați în ce constă contribuția educatoarei și învățătoarei la dezvoltarea vorbirii și personalității copilului.

CAPITOLUL XII

HANDICAPURILE DE MOTRICITATE ȘI PSIHOMOTRICITATE

Categoria handicapurilor motrice și psihomotrice este extrem de variată și cu o gradație întinsă de afecțiuni, de la cele mai ușoare, care nu împiedică desfășurarea normală a activității, pînă la cele ce au o notă semnificativ defectologică și cu o adîncă marcare a întregii vieți a individului. Cînd asemenea handicapuri sînt ușoare, nu este nevoie de o intervenție specială, copiii din această grupă reușind să se adapteze normal vieții social-profesionale, dar apar dificultăți la acei copii la care handicapul îi împiedică să intre într-o competiție obișnuită cu semenii lor normali. În cazul acesta se simte nevoia unui program diferențiat care să conțină, în egală măsură, demersuri medicale, psihopedagogice și sociale, menite să creeze cadrul de dezvoltare a întregului potențial restant.

1. ETIOLOGIE ȘI MANIFESTARE ÎN HANDICAPURILE FIZICE

Handicapurile fizice se constituie ca invalidități corporale ce slăbesc puterea și mobilitatea organismului prin modificări patologice exterioare sau interioare, localizate la nivelul întregului corp ori numai la nivelul unor segmente ale sale. Categoria respectivă cuprinde atît infirmii motori sau locomotori (de motricitate), cît și pe cei care suferă de unele boli permanete (bolile respiratorii, cardiopatiile, diabetul etc.) ce influențează negativ capacitatea fizică. În această categorie pot fi încadrați și indivizii cu afecțiuni senzoriale (surzii și orbii) pe care i-am analizat separat, ținînd seama de particularitățile lor specifice deosebite.

Handicapurile fizice, de altfel toate celelalte handicapuri, sînt abăteri de la normalitate prin dereglări morfo-funcționale care duc la instalarea unor dezechilibre și evoluții nearmonioase. Trebuie subliniat că în lipsa altor anomalii, handicapații fizic sînt normali din punct de vedere al capacităților intelectuale, dar prin situația lor de excepție și într-un mediu nefavorabil, personalitatea lor poate deveni fragilă, cu pronunțate note de frustrație și anxietate, cu conflicte și tensiuni interioare.

cu susceptibilitate și sensibilizări excesive, care îngreuiază adaptarea și relaționarea cu cei din jur și integrarea în viața social-profesională.

Cauzele handicapurilor fizice prezintă o mare varietate și pot afecta în grade diferite organismul. Ele pot fi sistematizate, după diferite criterii, în mai multe categorii. Astfel, după un prim criteriu, pot fi împărțite în interne și externe: cele interne - sînt determinate de procesele de creștere și dezvoltare, de natura funcțiunilor somatice, organice și psihice, iar cele externe sînt raportate la condițiile de mediu și viață.

Există o categorie de cauze cu acțiune directă, care interesează elementele proprii ale deficienței, sau indirecte, care produc o afecțiune, ori o deficiență morfologică sau funcțională. Ele pot să afecteze întregul organism și să producă deficiențe globale sau totale, ori să se limiteze la anumite regiuni, segmente sau porțiuni ale corpului și să determine deficiențe regionale, segmentare sau locale.

Frecvent se utilizează și criteriul de împărțire a cauzelor în predispozante, favorizante și determinante, (declanșatoare). Cauzele favorizante ori predispozante sînt în legătură cu ereditatea. Descendenții prezintă, de regulă, asemănări morfologice și funcționale cu ascendenții și colateralii (frații, surorile și rudele apropiate). Acest fenomen biologic este și mai evident atunci cînd tipurile constituționale ale înaintașilor sînt relativ identice și cînd condițiile de mediu și de viață prezintă asemănări. Tot în această grupă, a cauzelor predispozante, putem încadra și influențele nocive pe care le suferă organismul fătului în viața intrauterină. Debilitatea congenitală și imaturitatea, nașterea prematură și accidentele obstetricale pot constitui baza unor deficiențe care se manifestă nu numai imediat după naștere, ci și mai tîrziu, cu repercusiuni în evoluția ulterioară.

Favorizanți pentru producerea handicapurilor fizice sînt socotiți și factorii care influențează în sens negativ starea de sănătate și funcționarea normală a organelor, mai ales în perioadele de creștere și de dezvoltare activă a copilului. Astfel de cauze slăbesc rezistența organismului, scad capacitatea funcțională a aparatului de sprijin și mișcare și diminuează rolul reglator al sistemului nervos central. Printre aceste cauze favorizante se numără condițiile inadecvate de igienă și viață, lipsa de organizare a activității și repaosului, regimul alimentar necorspunzător, nivelul scăzut de aer și de lumină în locuință, hrană insuficientă, îmbrăcămintea incomodă, defectuos confecționată, dormitul în paturi prea moi, cu perne multe în care corpul se afundă și se curbează exagerat sau tari și incomode, care nu facilitează odihna normală pentru copiii ce sînt în perioada de creștere. În aceeași ordine de idei putem invoca lipsa unei educații raționale și un regim defectuos de viață, lipsa de supraveghere și control din partea părinților și educatorilor care se constituie în cauze, adeseori ignorate, dar importante mai cu seamă pentru vîrstele preșcolarității și școlarității.

De asemenea, bolile cronice, convalescențele lungi, intervențiile chirurgicale dificile, debilitatea fizică, tulburările cronice (organice și psihice), precum și unele anomalii senzoriale, în special cele ale văzului și auzului, favorizează apariția și evoluția rapidă a handicapurilor fizice. Așadar, cauzele incriminate produc sau declanșează procesele patologice ce stau la baza celor mai frecvente deficiențe fizice, ele alterează structura și modifică funcțiunile normale ale organismului prin accidente și îmbolnăviri, leziuni sau dereglări mai mult sau mai puțin extinse.

Factorii declanșatori din perioada intrauterină se împart în două mari categorii. Primele se referă la malformațiile și deformațiile congenitale, care se produc prin nedezvoltarea sau dezvoltarea anormală a corpului întreg, dar mai ales a anumitor porțiuni, sub acțiunea unor infecții cu caracter cronic (sifilis, paludism, tuberculoză), la intoxicații lente (alcoolism, medicamente, săruri radioactive), la tulburări endocrine și neuropsihice, la carențe alimentare sau vitaminice, la boli ale sîngelui și la altele care sînt mai puțin cunoscute.

Cele din a doua categorie privesc acțiunea mediului extern nefavorabil ce se răsfrînge asupra fătului prin intermediul organismului matern. Temperatura prea joasă sau prea ridicată, umiditatea excesivă, acțiunea razelor X, traumatizarea abdomenului gravidei, carențele alimentare, avitaminozele, ingerarea unor medicamente sau substanțe toxice, condițiile de viață și de muncă, vîrsta înaintată a părinților și alți factori care pot produce o dezvoltare anormală a copilului în uter.

Malformațiile congenitale pot constitui și ele cauza unor afecțiuni secundare, prin condițiile anormale statice și dinamice, ce nu creează condiții obișnuite de dezvoltare a organismului aflat în plin proces de creștere.

În aceeași categorie de cauze se înscriu, tot cu acțiune nemijlocită, cele care produc efecte negative în timpul nașterilor, fie ca urmare a eforturilor excesive depuse de mamă, fie a intervențiilor traumatizante, favorizînd instalarea unor congestii și hemoragii cu urmări foarte grave pentru copil. Tot din categoria traumatismelor fac parte manevrele greșite de degajare a capului copilului care se pot solda cu ruperea sternocleido-mastoidianului sau a unor țesuturi la diferite niveluri, cum ar fi al plexului cervicobranhial (cu consecințe grave pentru structura și funcțiunea membrului superior), leziuni ale articulațiilor și chiar a oaselor, mai ales la membrele inferioare.

O atenție specială trebuie acordată cauzelor cu acțiune defavorabilă asupra dezvoltării organismului, în perioada copilăriei. Astfel sînt bolile și accidentele care produc anomalii morfologice și funcționale. Dintre acestea, cele mai frecvente interesează aparatul locomotor (oase, articulații, mușchi, nervi).

Scheletul osos, care constituie mijlocul cel mai important de sprijin al corpului, poate deveni, prin poziția asimetrică sau deformarea seg-

mentelor sale, o cauză frecventă a deficienței. Fracturile vicios consolidate, osteomielitele, tuberculoza osoasă și alte afecțiuni osoase degenerative stau la baza celor mai grave infirmități. La rîndul lor, mobilitatea prea mare sau prea mică a articulațiilor ca și mișcările anormale pot determina deficiențe morfologice și funcționale manifestate, în special, prin reducerea posibilității de coordonare a comportamentelor motrice. Sînt semnificative atitudinile sau poziția incorectă adoptată de unii elevi mai mari, care favorizează o serie de deficiențe, cum ar fi cifoza și spatele cifotic, lordoza sau spatele lordotic, scolioza, spatele rotund. Și modificările patologice în structura și funcțiunile mușchilor pot produce o categorie de deficiențe. Din acestea menționăm: scăderea volumului, tonusului și forței musculare, ca în atonii și hipotonii, sau exagerarea tonusului, ca în cazurile de contractură, rigiditate etc. Formele respective apar pe fondul oboselii sistemului nervos central ce duce la scăderea capacității de control a scoarței, favorizînd producerea unor atitudini defectuoase. Afecțiunile neuro-musculare sînt determinate și de poliomielite, encefalite și meningite care au o mare incidență în infirmități.

În fine, nu trebuie excluse din clasificarea noastră o serie de cauze diverse cum ar fi: tulburările de metabolism și hormonale, leziunile prin arsuri și degerături, chondrodistrofiile, apofizitele și epifizitele, miopatiile, atrofiile musculare progresive, ataxiile etc.

2. CLASIFICAREA HANDICAPURILOR FIZICE

Literatura de specialitate conține mai multe feluri de clasificări efectuate după cirterii diverse. Noi ne vom opri asupra clasificărilor acceptate de specialiștii din domenii diferite cu precizarea principalelor note specifice. Astfel, se disting două categorii mari de handicapuri fizice:

a. morfologice sau de structură;

b. funcționale sau de activitate.

Și unele și celelalte pot fi subgrupate în raport de întinderea si profunzimea afecțiunii, în:

globale (generale sau de ansamblu);

parțiale (regionale sau locale).

În subgrupa *deficiențelor morfologice globale,* semnalăm următoarele caracteristici specifice:

a. *de creștere,* reprezentate de hiposomie și nanosomie (statură foarte mică), hipersomie și gigantism (statură foarte înaltă sau exagerată), dizarmonii (cînd subiecții sînt înalți și subțiri sau scurți și grași), disproporționalități (între dimensiunile în lungime, înălțime și volum; între cap și trunchi etc.);

b. *de nutriție*, între care vom aminti obezitatea (țesut adipos abundent sau exagerat), debilitatea fizică (dezvoltarea sub normal a somei însoțită de dezechilibru nutritiv);

c. *de atitudine*, care pot fi determinate de insuficiența aparatului de susținere — atitudine global insuficientă — rigiditate (tonus muscular exagerat), atitudine global asimetrică (poziția asimetrică a scheletului osos și a articulațiilor);

d. *tegumente*, caracteristice ca fiind palide, ceanotice (vineții), uscate sau umede, cu pete, cicatrici sau exeme, hipertricoză (abundența părului pe întregul corp);

e. *musculatura* poate fi medie, redusă, foarte redusă, cu tonus normal, scăzut sau crescut;

f. *oasele* subțiri sau groase, lungi sau scurte, cu sechele traumatice, rahitism etc;

g. *articulațiile*, care pot fi deformate, cu mobilitatea redusă sau exagerarea mobilității;

h. *de comportament:* înhibat, apatic, astenic, instabil.

Din subgrupa deficiențelor morfologice parțiale, reținem:

A. Deficiențe ale capului, feței și gîtului

— *cap* — macrocefal (mai mare ca normal);
microcefal (mai mic decît normal);
branhicefal (fără proeminența occipitală), dolicocefal (cu diametrul anteroposterior alungit și cu „șa" la mijloc);
hidrocefal (cap exagerat de mare, cu o culoare specifică a pielii), cu asimetrii, cu înfundări ale fontanelelor, cu proeminențe ale foselor;

— *fața* — ovală, alungită sau lățită; asimetrică, cu malformații, cicatrici, pareze, cu afecțiuni ale ochilor (strabism, înfundați, apropiați etc.), ale nasului sau ale urechilor, dinți vicios implantații, boltă palatină înfundată;

— *gîtul* — poate fi lung sau scurt, subțire sau gros, cifotic, lordotic sau scoliotic, înclinat și răsucit (torticolis), cu relief tiroidian accentuat sau asimetric.

B. Deficiențe ale trunchiului

— *toracele* poate fi lung sau scurt, îngust sau larg, bombat, plat, lărgit, la bază sau la vîrf, asimetric, cu stigmate rahitice, strangulat (supra sau submamar) cu stern înfundat, în formă de pilnie sau carenat;

— *abdomenul* poate fi proeminent, bilobat (strangulat), cu hernii sau eventrații, tonic sau moale, elastic etc.;

— *spatele* poate fi plan, cifotic, lordotic, scoliotic, rotund, asimetric, cu gibozități și înfundări;

— *coloana vertebrală* — „stîlpul de susținere" sau axa „veritica-

lității umane" — poate suferi o serie de modificări prin accentuarea curburilor fiziologice, cum ar fi cifozele, lordozele sau cifolordozele; la acestea putem adăuga deviațiile în plan frontal de tipul scoliozelor cu una sau mai multe curburi (la care se asociază asimetrii ale umerilor etc.);

— *bazinul* se poate prezenta cu asimetrii, larg sau îngust, denivelat (căzut înainte și în jos, înainte și în sus, înapoi), înclinat lateral.

C. *Deficiențe ale membrelor superioare:*

— *în totalitate inegale* (în lungime și grosime), asimetrice, deviate (în plan frontal sau sagital), proiectate înainte sau rămase înapoi, în flexie sau în extensie, în pronație sau supinație, apropiate sau depărtate de corp;

— *umerii* pot fi largi sau înguști, căzuți sau țepoși, aduși sau abduși, asimetrici;

— *brațele* (partea superioară — de la umăr la cot) sînt cele care determină deficiențele și pozițiile deficitare ale membrelor superioare în întregime;

— *coatele* pot fi în flexie sau în extensie, în var (în paranteză „0") sau în valg (în „X");

— *antebrațele* — inegale ca lungime sau grosime, curbate, asimetrice, în pronație sau în supinație, cu sechele traumatice;

— *degetele* pot fi cu anomalii congenitale, cu deviații, retracții, în flexie;

— *omoplații* — apropiați sau depărtați, cobriți sau ridicați, lipiți sau desprinși, basculați, asimetrici.

D. *Deficiențe ale membrelor inferioare:*

— *în totalitate* (deficiențe și aspect dat de coapsă) pot fi inegale în lungime și grosime, cu înclinări și poziții diferite cu sechele de paralizii sau traumatisme;

— *contracturi* sau *deficiențe* morfologice;

— *șolduri* — cu relief accentuat (depuneri adipoase), asimetrice (luxații sau subluxații congenitale, semianchiloze sau anchiloze în poziții vicioase), deformații ale cotului și capului femural, contracturi;

— *genunchi în flexie* sau *în hiperextensie*, cu sechele traumatice sau paralitice, asimetrici;

— *gambele* recurbate, cu cicatrici posttraumatice sau sechele de paralizii, asimetrice, inegale (în lungime sau în grosime);

— *gleznele și picioarele* pot fi asimetrice, strîmbe, în valg, planovalgi, adduse sau abduse, scobite;

— *degetele picioarelor* în „ciocan" (în flexie cu sprijin pe unghii), halux-valgus, strîmbe, suprapuse, cu deformații etc.

Din grupa deficiențelor funcționale desprindem:

A. *Deficiențe ale aparatului neuromuscular*, care cuprind diferite forme și grade de paralizii (ca manifestare a unor sindroame piramidale, piramido-extrapiramidale etc.), mișcări atetozice, coreo-atetozice, tulburări de mers, echilibru, coordonare, ritm, apucare etc.

B. *Deficiențe și tulburări ale aparatelor și marilor funcțiuni:*

— deficiențe și tulburări ale aparatului respirator (insuficiențe respiratorii);

— deficiențe și tulburări ale aparatului cardiovascular (insuficiențe circulatorii), care se manifestă prin ceanoze, edeme, prin subdezvoltarea copiilor (care sînt mici și slabi, lipsiți de energie, nu se adaptează la eforturi fizice, obosesc repede etc.);

— deficiențe și tulburări ale aparatului digestiv și ale funcțiilor de nutriție (abdomenul proeminent, ptoza organelor interne, debilitatea fizică sau obezitatea etc.);

— deficiențele sistemului endocrin se manifestă prin tulburări de creștere și dezvoltare (nanism hipofizar, gigantism, obezitate cu insuficienta dezvoltare a glandelor și organelor genitale etc.);

— deficiențele organelor de simț (deficiențe prin tulburări de vedere, de auz, care determină o serie de abateri de la normal în poziția corpului — de tipul cifozelor, scoliozelor, cifoscoliozelor ș.a., cu toate asocierile și manifestările ce le însoțesc).

3. SPECIFICUL TERAPIILOR CORECTIV-RECUPERATIVE ȘI PROBLEMELE PROTEZĂRII

Asemenea terapii privesc mijloacele culturii fizice medicale și se aplică simultan sau consecutiv tratamentului medical. Ele cuprind exerciții fizice, special selecționate și sistematizate în tehnici adaptate fiecărui handicap în parte. În același timp se mai folosesc o multitudine de mijloace de tip masaj, fizioterapie, balneoterapie, climatoterapie ș.a.

Indicațiile ce trebuie avute în vedere încep cu principiul „primo non nocere" (în primul rînd să nu faci rău), și respectă principiile gradării și dozării efortului, a spiralei de la ușor la greu, de la cunoscut la necunoscut, a consolidării rezultatelor obținute.

Un aspect care nu trebuie să fie ignorat este cel al folosirii tuturor mijloacelor pentru a asigura prevenirea instalării deficiențelor, prin alcătuirea unui regim igienic de viață și muncă, dirijarea regimului de alimentație, prevenirea suprasolicitărilor și instalării oboselii, folosirea factorilor de mediu (apa, aerul, soarele) și a exercițiilor fizice într-o îmbinare armonioasă și echilibrată.

Protezarea impune luarea unor măsuri severe, uneori radicale (intervenția chirurgicală), dar și o serie de mijloace ortopedice de tipul taloneelor, corsetelor etc., care se folosesc temporar și în scopul de a pune în poziții corecte anumite atitudini sau de a corecta deficiențele concomitent cu efectuarea unui tratament cauzal corectiv (prin cultură fizică medicală). Subliniem că tot în această categorie se includ și alte sisteme de protezare bine cunoscute, cum ar fi corectarea deficiențelor de văz, auz ș.a., prin ochelari, aparate acustice etc.

Protezările cele mai cunoscute sînt cele folosite pentru înlocuirea unui organ, (ochi de sticlă — spre exemplu —), a unui segment (antebrat-mînă sau membru superior sau inferior în întregime etc.). Acestea sînt făcute de instituții specializate în protezări sau de ateliere profilate pentru protezare în cadrul spitalelor multifuncționale. Se impune să amintim că există și protezări care nu sînt vizibile, ele realizîndu-se prin înlocuirea unor organe interne sau a unor componente ale acestora (de exemplu segmente ale unor vase ale aparatului circulator, valve ale cordului ș.a.m.d.).

Atît semiprotezările, cît și protezările ridică o serie de probleme deosebite, prin modificarea structurii și comportamentului psiho-social al individului, iar în țările cu o educație și un nivel mai scăzut de cultură, o reacție neconcordantă a membrilor societății față de indivizii purtători ai unor asemenea sisteme sau modalități compensatorii.

De aceea, este foarte importantă acțiunea educațională cu dublu sens: asupra tuturor și asupra celor afectați. În acest sens, fiecare om trebuie să acorde înțelegere, dar fără compătimire, sprijin, dar nu din milă etc., acelor membri ai colectivității care sînt în situații speciale.

În ceea ce privește handicapul creat de deficiențele sau tulburările *psihomotricității*, este necesar să arătăm că acestea se asociază în toate cazurile cu handicapurile fizice, de cele mai multe ori avînd o cauzalitate comună, iar în multe situații deficiențele fizice devin cauze și ale tulburărilor psihomotrice.

Psihomotricitatea este o funcție complexă care integrează și subsumează manifestările motrice și psihice ce determină reglarea comportamentului individual, incluzînd participarea diferitelor procese și funcții psihice care asigură atît recepția informațiilor, cît și execuția adecvată a actului de răspuns.

Complexitatea psihomotricității se poate exprima schematic prin:

1. *schema corporală* (proprie, a partenerului, pozițiile corpului, lateralitatea, controlul segmentelor, dominanta-manuală, oculară, a membrului inferior;

2. *conduitele motrice* de bază (coordonarea generală și segmentară — deprinderi motrice de bază și calități motrice — controlul postural care se referă la echilibru static și dinamic, simțul ritmului, respirația);

3. *conduitele perceptiv - motrice* (orientarea, organizarea și structurarea spațială, care include noțiuni de mărime și distanță, pe cele de direcție, situație și orientare, ca și pe cele de relație; orientarea, organizarea, structurarea temporală);

4. *motricitatea fină* sau *psihomotricitatea diferențiată;*

5. *relaxarea și controlul inhibiției* (relaxarea globală, segmentară și controlul mișcărilor);

6. *reglarea și autoreglarea mișcărilor prin limbaj* (executarea de mișcări după comanda verbală, executarea de mișcări după autocomandă, în fața oglinzii, și execuții după comenzi între parteneri).

Între cauzele care determină unele aspecte ale handicapului psihomotric se înscriu deficiențele fizice ca și alte tipuri de handicap, cum ar fi cele senzoriale (hipoacuzia și surditatea, ambliopia și lipsa vederii cecitatea) — cu cauzele care le-au determinat.

Cea mai mare parte a cauzelor care generează handicapurile psihomotorii sînt în strînsă legătură cu tulburări ale funcțiilor nervoase superioare cu repercusiuni atît în dezvoltarea proceselor psihice, cît și a motricității.

În clasificarea handicapului psihomotor se ia în considerare schema elementelor care compun psihomotricitatea. Astfel, în schema corporală se descriu ca tulburări necunoașterea părților propriului corp sau ale partenerului, incapacitatea de a stabili relații corecte-spațiale între corpul propriu și obiectele din jur sau a obiectelor între ele, incapacitatea de a folosi corect membrele în executarea gesturilor, ca urmare a lipsei de concentrare în imitare sau în cunoașterea tuturor posibilităților spațiale ale propriului corp, tulburări ale coordonării etc. În ceea ce privește lateralitatea și ambidextria, consemnăm printre cele mai frecvente tulburări-dificultatea sau imposibilitatea de a deosebi partea dreaptă de partea stîngă a corpului, neînsușirea sensului grafic și lexic, dificultățile în discriminare vizuală, scrierea ca în oglindă, folosirea preferențială a unor segmente pentru gesturile de precizie și a celorlalte pentru cele de forță etc.

Referindu-ne la conduitele motrice de bază, este necesar să arătăm că formele de manifestare a handicapurilor, în cazurile respective, sînt mult mai variate și mai complexe, deoarece segmentele interesate sînt în directă incidență cu capacitatea de control și coordonare a scoarței cerebrale. Ele se extind la tulburările, scăderile sau incapacitatea de a merge, a sări, a arunca-prinde, care se datoresc unei cauzalități diverse (de origine nervoasă, endocrină, psihogenezică etc.), la tulburări ale echilibrului static și dinamic, la coordonări generale și segmentare, ale simțului ritmului. În ceea ce privește deficiențele de coordonare, ele se manifestă prin dizarmonia gesturilor, lipsa de îndemînare în mișcările de autoservire sau în activitatea curentă, viteza de realizare a unor activități curente — îmbrăcatul, spălatul ș.a. (D. Moțet).

Conduitele perceptiv-motrice, care includ elementele de orientare, organizare și structură spațială, apar deficitare prin greșita integrare a schemei corporale, prin tulburările de lateralitate, insuficienta antrenare a copilului în activitatea de manipulare (manipularea este extrem de restrînsă), ceea ce conduce la dezordine. Dacă se cunosc termenii spațiali, se întîmpină greutăți în perceperea pozițiilor (nu percepe direcția de sus-jos, confundă pe „n" cu „u", „b" cu „p" etc.), nu achiziționează sensul grafic în scriere etc.; deficitul se mai poate manifesta prin dezorientare, prin teama de spațiile mari; de situațiile noi, prin lipsa de încredere în forțele proprii, citește corect, dar sare rîndurile textului etc. La acestea mai putem adăuga incapacitatea de a-și organiza locul de muncă și joacă, realizarea cu greu a noțiunii de „oblic", fapt ce se repercutează în procesul de însușire a scris-cititului, dificultății de înțelegere a relațiilor spațiale.

În ceea ce privește organizarea, orientarea și structurarea temporală, întîlnim incapacități privind ordinea și succesiunea evenimentelor, nu poate situa faptele desfășurate „înainte" și „după", organizarea stînga-dreapta este incorectă. În același context se înscrie și incapacitatea de a percepe intervalele, ritmul este neregulat, nu are noțiune de oră și nu-și poate organiza propriul timp.

În ceea ce privește motricitatea fină (relaxarea și inhibiția), handicapul apare ca urmare a deficitului de inhibiție, a incapacității de a se orienta, concentra sau persevera într-o acțiune. Apraxia (incapacitatea de a executa mișcări adoptate unui scop), dispraxia (incapacitatea de a exprima și coordona gesturi sau de a efectua mișcări adaptate unui scop), dizgrafia motrică ș.a.

Se impune ca activitatea de corectare și recuperare a handicapului psihomotor să fie înțeleasă în contextul celorlalte activități corectiv recuperatorii, dar cu specificul ei, care este aparte de cultura fizică medicală și logopedie, deși o parte dintre mijloace sînt aceleași.

Obiectivul fundamental al educației este acela de a realiza autonomia handicapatului și de a dezvolta funcțiile potențiale, printr-o metodologie recuperativ-comportamentală specifică și diferențiată, în raport de vîrstă și nivelul achizițiilor psiho-fizice. Integrarea trebuie să se realizeze în trei planuri: *economic, cultural* și *personal* (P. Olèron).

O atenție deosebită trebuie acordată acelor copii care sînt nevoiți să rămînă o perioadă de timp izolați (acasă sau în spital), limitîndu-le experiența și accesul nemijlocit la activitățile recuperative. Fenomenele sînt asemănătoare și în cazul copiilor paralitici, cu infirmități motorii cerebrale, a infirmilor motorii etc., care au dificultăți de deplasare, privîndu-i de posibilitatea de a beneficia de activitățile instructiv-educative. Pentru a suplini aceste neajunsuri, se practică învățămîntul la domiciliu, în institute sau clase speciale, beneficiind de mijloace de învă-

țământ în instituții de tratament sau de cură. O astfel de oraginzare pe cele trei forme, permite cuprinderea întregii populații handicapate.

Succesul activităților recuperativ-educative este legat și de începerea acestora cît mai de timpuriu. La acestea se adaugă și antrenarea și pregătirea părinților, a familiei pentru a putea fi un sprijin real în continuarea unor activități în afara instituțiilor, dar și pentru a manifesta înțelegerea necesară față de handicapat.

TEME DE CONTROL

1. Enumerați cauzele handicapurilor de motricitate și psihomotrocitate.
2. Descrieți și comparați handicapurile motrice (fizice) cu cele de psihomotiricitate.
3. Analizați specificul metodelor corectiv-recuperative în aceste forme de handicap.

Capitolul XIII

HANDICAPURILE DE COMPORTAMENT

Comportamentul reprezintă expresia relației dintre dezvoltarea psihică, mai cu seamă a personalității, și mediul ambiant, în care trăiește individul. Acesta este confruntat cu o serie de situații cărora trebuie să le facă față și să adopte răspunsuri cu caracter adaptativ, să înțeleagă și să poată anticipa momentele mai importante, să acționeze asupra mediului și să se integreze în normele de convietuire socială. Pentru aceasta, comportamentul este dependent, pe de o parte, de nivelul intelectului, de cunoștințele și experiența de viață a subiectului, iar pe de altă parte, de caracteristicile organizării sociale și funcționalitatea relațiilor intersubiective. Astfel, subiectul se construiește pe sine, se autodelimitează și autoreglează prin raportări la cei din jur, adoptînd atitudini specifice față de aceștia. La rîndul lor, grupul, școala, societatea îi influențează activitatea și îl remodelează după caracteristicile specifice ce le posedă, imprimîndu-i un set de valori și norme specifice. Copilul se dezvoltă și se modelează progresiv printr-o raportare continuă la statuturile și rolurile părinților, iar ulterior și în funcție de alte persoane. La început imită comportamentul adulților și adoptă modele din mediul familial, ca apoi să învețe și să experimenteze noi comportamente.

Calitatea influențelor familiale și a grupurilor determină structurarea unor comportamente proprii, pe fondul dezvoltării psihice de ansamblu, ele putînd fi adaptative, integrative și racordate la normele sociale sau, dimpotrivă, aberante, dezadaptative și de conflict în raport cu parametrii sociali

1. CAUZELE ȘI FORMELE HANDICAPURILOR DE COMPORTAMENT

Într-un fel sau altul, manifestările comportamentale sînt trăite în plan intern, iar odată produse au un efect circular, în sensul că efectele lor se repercutează asupra subiectului, menținînd, amplificînd sau modificînd caracteristicile ce au stat la baza declanșării acțiunilor respective. Astfel, se formează un stil comportamental care, alături de însușirile de personalitate, îl definește pe subiect ca ființă unică, irepetabilă. Indi-

ferent de forma comportamentului (afectiv, cognitiv, verbal, ludic, psihomotor) acesta se corelează cu structurile dominante ale personalității și cu tipurile de comunicare care se structurează în raport de ceea ce numim *nucleul ereditar al energiei psihice* a subiectului.

Ținînd seama de cele de mai sus, putem vorbi de o categorie de tulburări în planul intern și de alta, în planul extern, ca expresie a manifestării în afară a trăirilor subiective (a primelor). Ca atare, în plan intern pot avea loc tulburări de tipul:

— anxietăți și frustrări prelungite; — instabilitate afectivă și depresie; — ostilitate și neacceptarea colaborării cu cei din jur; — slabă dezvoltare afectivă și indiferență; — izolare și evitarea celor din jur; — trăirea unor tensiuni exacerbate, prin conștientizarea unor handicapuri; — repulsie față de activitate; — dereglări ale unor funcții psihice etc.

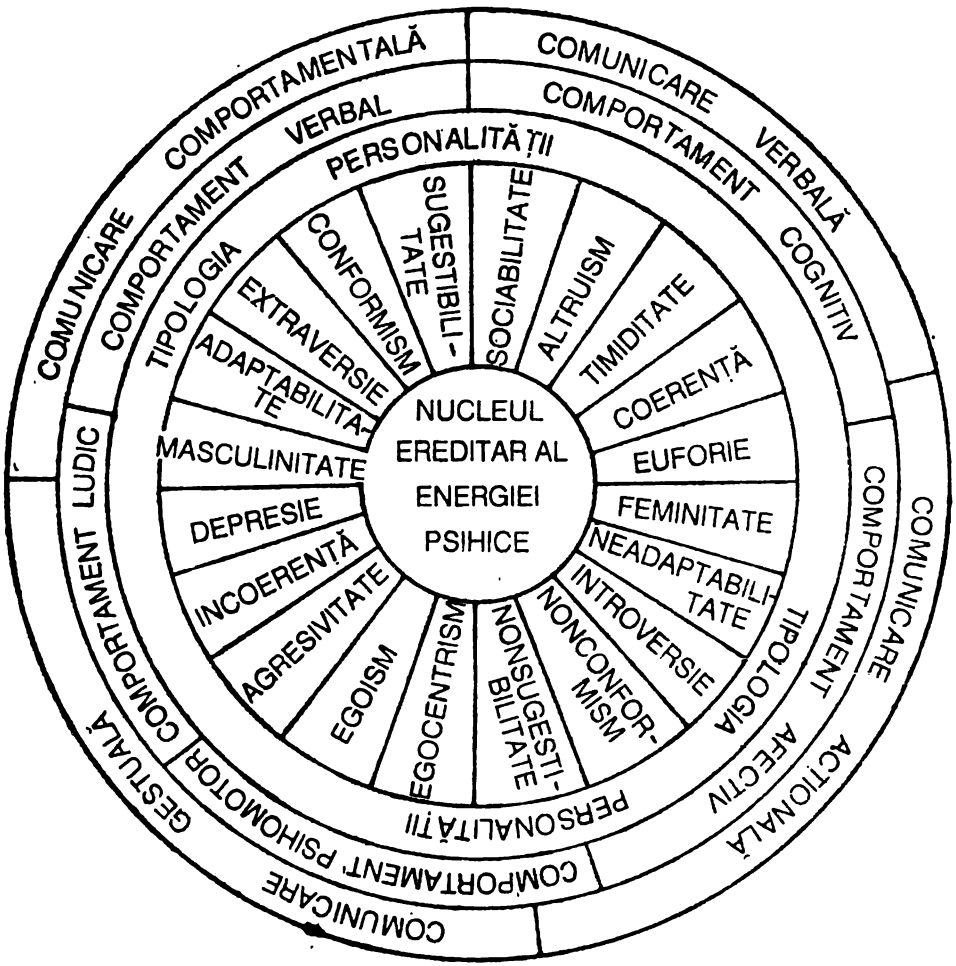

Fig. 5. Schema bloc a unității dintre personalitate și comunicare, pe fondul diversificării formelor comportamentale

Acestea determină handicapuri comportamentale de forme și intensități diferite, în funcție de extinderea și profunzimea dereglărilor interioare, concretizîndu-se, în exterior, prin:

— reacții afective instabile și de o anumită intensitate (frică, mînie, furie, rîs și plîns nestăpînit); — agitație motorie și mișcări dezorganizate; — negativism și apatie; — teribilism și inflatuare; — minciună și spirit de contrazicere; — furt și vagabondaj; — cruzime și aberații sexuale etc.

Toate aceste perturbații sau aberații pot avea o multitudine de cauze care acționează asupra subiectului în diferite perioade de vîrstă. Dar pe noi ne interesează, în special, vîrstele copilăriei atît pentru faptul că structurile psihice sînt în continuă formare, iar posibilitățile de discernere sau de a evita factorii negativi sînt mai eficiente.

Subliniem că în stabilirea etiologiei handicapurilor de comportament apar o serie de dificultăți datorate varietății factorilor negativi și a recepției diferite de la un subiect la altul. Totuși, unii factori, ca predispozițiile înnăscute, sechelele datorate leziunilor cerebrale, ca urmare a meningo-encefalitelor și a traumatismelor, modificările endocrine produse brusc în condițiile de mediu nefavorabile sînt evidenți. Alții sînt mai puțin cuantificabili, dar au o mare incidență. Astfel, un loc aparte, în determinarea handicapurilor de comportament, îl ocupă disconfortul psihic și influențele negative ale anturajului. Lipsa de supraveghere a copiilor, lipsa de autoritate sau autoritatea tiranică a părinților, neantrenarea în activitate pot conduce la părăsirea domiciliului și chiar la vagabondaj. De obicei, asemenea fenomene se corelează cu carențe de afectivitate ce determină trăsături caracteriale egocentriste, de supraestimare sau subestimare a eului, de lipsă de respect pentru activitatea celor din jur și de slaba integrare în activitatea grupului.

Frecvența handicapurilor de comportament este diferită de la o perioadă de vîrstă la alta. După unii autori, handicapurile de comportament au cea mai mare frecvență între 14—16 ani, ca apoi să se atenueze, iar cînd se manifestă la vîrsta adultă, predomină formele caracteriopate care au tendința să devină stabile și cu repercursiuni tot mai evident antisociale. Manifestările cu caracter aberant ale băieților sînt mai evidente față de cele ale fetelor și au implicații complexe în viața socială. Și frecvența lor este mai mare la băieți. De cele mai multe ori, în handicapurile de comportament la copii și tineri se produc o serie de modificări ce au o evoluție de la simplu la complex. Adeseori, se manifestă abateri comportamentale simple, dar care semnifică formarea particularităților negative ale personalității, cum este de exemplu, *minciuna*. Aceasta evoluează diferit în funcție de vîrstă. Dacă în perioada antepreșcolară, minciuna nu denotă un caracter negativ, ci o formă de adaptare la condițiile noi ivite și imitarea persoanelor din jur, cu timpul, prin repetare, devine obișnuită și se poate transforma într-o caracte-

r'stică negativă a personalității. Prin minciună, subiectul separă realul de ireal, prezentindu-l pe ultimul într-o manieră plauzibilă cu scopul, fie de a abate atenția de la realitate sau de a induce în eroare pe alții, fie de a-și motiva sieși propriul comportament față de normele cunoscute cu care intră în contradicție ori dorește să le evite.

Cu implicații dintre cele mai grave, în tulburările de comportament este *furtul*. În ontogeneza timpurie, furtul se manifestă sub o formă incipientă, prin însușirea forțată sau brutală a jucăriei partenerului, ca mai tîrziu să ia forma însușirii obiectului dorit pe furiș cu o nuanță de lașitate. Studiile din domeniul psihologiei delicvenței juvenile evidențiază faptul că la baza majorității furturilor se află un sentiment de frustrare cu pronunțate note de anxietate. Furtul efectuat în bandă îmbracă forme mai grave și cu pronunțate note de teribilism, mai ales la tineri.

Vagabondajul se constituie ca o deteriorare comportamentală gravă, cu o evoluție spectaculară ce este dublată, adeseori, de alte forme aberante, cum ar fi prostituția și perversiunile sexuale. O serie de cercetări menționează influențele negative exercitate asupra copilului de percepperea de către acesta a relațiilor anormale dintre părinți. Astfel, copilul poate fi tensionat și dereglat de atmosfera morală nefavorabilă, destrămarea familiei, decesul unuia dintre părinți sau al ambilor, prezența unui părinte vitreg, alcoolismul părinților, abaterile comportamentale ale părinților, manifestarea lor trivială ș.a. Fenomenele respective pot fi provocate de o situație biopsihologică sau de una economico-socială necorespunzătoare. Se impune să fim atenți și la situațiile accidentale, ce se pot ivi pe un teren de tensiune psihologică favorabil producerii actului corespunzător cu efecte asupra comportamentelor ulterioare.

În raport cu furtul, *jaful* este o formă de comportament foarte gravă și are loc sub amenințare sau ca act de violență. Situația comportamentală este tragică și mai complexă cînd jaful se produce în bandă, ceea ce evidențiază caracteristicile personalității dizarmonice. De cele mai multe ori aceste comportamente apar la subiecții cu o dezvoltare psihică scăzută în care discernămîntul este limitat. Pe același fond apar și este semnificativă legătura dintre *fuga de acasă și vagabondaj*, ca forme de manifestare a unui comportament tulburat. Mai frecvent, un asemenea fenomen are loc în cazul copiilor introvertiți, emotivi, anxioși, dar și la aceia care se găsesc la polul opus: instabilii psihici, agitații, frustații afectiv, neadaptații la colectiv, conflictualii și labilii.

În perioadele de mutații sociale și de crize se înregistrează o creștere a infracționalismului și delicvenței. La baza producerii acestor fenomene stau o serie de comportamente aberante. Spre exemplu, comportamentul aberant moral evoluează mai cu seamă după 6—7 ani. Dar pînă în pubertate și chiar adolescență un asemenea comportament se manifestă ca inadaptare familială, școlară și socială. Ulterior, începînd

cu pubertatea, poate îmbrăca și forma unor manifestări antisociale cu predominarea conduitelor predelicvente, ca urmare a nedezvoltării simțului responsabilității, a conștiinței de sine limitate, a imaturității socio-afective și sociale. În genere, conduitele aberante se produc în mod stereotip și pun în evidență o incapacitate de progres sub influența educației.

Există și altă categorie de handicapuri de comportament ce se produc prin modificarea activității intelectuale, mai cu seamă în sensul diminuării ei ca urmare a unui consum nervos rapid, cu instalarea oboselii. În felul acesta se instalează fenomenele astenice care determină modificări cu efecte și în planul psihic: diminuarea activității mnezice, scăderea capacității de concentrare și incapacitatea de a îndeplini sarcini complexe. În plan comportamental, apare anxietatea, irascibilitatea, insomnia, excitabilitatea sau inhibiția motorie, scăderea apetitului pentru activitate, manifestarea unor dereglări ale limbajului, încăpățînarea, negativismul etc. Greșelile de educație, manifestate printr-o tratare nediferențiată și fără a se ține seama de particularitățile psihoindividuale ale copiilor ori tratarea discriminativă și notarea incorectă, provoacă scăderea interesului pentru învățare și nu facilitează formarea de atitudini integrative.

2. EFECTELE HANDICAPURILOR DE COMPORTAMENT ÎN PLAN ȘCOLAR ȘI SOCIO-PROFESIONAL

O serie de handicapuri ale conduitei se datoresc și factorilor psihopedagogici neadecvați care își găsesc un teren favorabil pe fondul unor posibilități intelectuale limitate și a interesului scăzut pentru activitățile cu caracter cognitiv. Carențele educative au o arie largă și se extind de la greșelile părinților, manifestate prin lipsa de preocupare față de copii, indiferență afectivă, nestimularea afirmării personalității copilului și terminînd cu mediul școlar tensionat, ca urmare a nerespectării caracteristicilor psihoindividuale ale elevilor, a lipsei de tact pedagogic, favoritism, atitudini neprincipiale, descurajarea unor elevi etc. Toate acestea duc la absenteism, hoinăreală, lene, negativism față de activitatea școlară, opoziție față de efort și atitudini negative la adresa colectivului.

Elevii care nu sînt adaptați la viața școlară prezintă, pe de o parte, discordanțe între capacitățile psihice și calitatea efortului depus, iar pe de altă parte, între nivelul cerințelor și exigențele procesului instructiv-educativ. Insuccesul sau eșecul școlar se poate manifesta la o disciplină ori la mai multe, cînd apar dificultăți de adaptare ce se generalizează la întreaga activitate educațională. Fenomenul de neadaptare se corelează cu factori subiectivi și obiectivi, determinînd perturbarea echilibrului dintre elev și școală. Din categoria factorilor subiectivi fac parte

cei ce țin de starea fizică și dezvoltarea mintală a copilului, evoluția afectivităților, însușirile caracteriale și temperamentale, iar factorii obiectivi sînt familiali, școlar-pedagogici, culturali, morali și economico-sociali.

O atenție deosebită trebuie acordată elevilor cu handicap de intelect și a celor cu intelect de limită. Dacă pentru primii sînt unități speciale (așa cum am văzut) în care activitatea școlară se corelează cu particularitățile lor individuale, pentru elevii cu intelect de limită complexitatea procesului instructiv, exigențele acestuia presupun un efort mult mai mare, care poate determina apariția de dificultăți în achiziția sau operarea cu unele concepte. Neajunsurile cresc o dată cu trecerea dintr-o clasă în alta a elevului, cînd sporesc sarcinile intelectuale și cînd acesta se plasează sub nivelul colegilor săi; cele mai frecvente eșecuri ale elevilor cu intelect de limită se datoresc dezabilităților verbale, inteligenței necreatoare, a lipsei de originalitate în activitățile intelectuale, implicare afectiv-motivațională scăzută, capacități modeste de învățare.

În lucrările de specialitate se subliniază ideea că la vîrstele de 6—7 ani există un procentaj relativ mare de copii — circa 8—10% — care nu au maturitatea necesară pentru a corespunde exigențelor unei învățări organizate și riguroase, ceea ce poate duce la o formă de *inadaptare școlară de tipul imaturității.* Copiii ce fac parte din această categorie progresează lent, nu pot susține un efort îndelungat, obosesc mai repede decît ceilalți, sînt agitați motor și psihic sau dimpotrivă, apatici, indiferenți, trec cu greu de la o activitate la alta, iar cu timpul, ca urmare a eșecurilor repetate, le scade interesul pentru învățare și încep să evite școala. Dezorganizarea fundamentală a activității de învățare la acești copii este determinată de dificultățile formării abilităților instrumentale, în primul rînd a scris-cititului și socotitului. Acest fenomen devine și mai pregnant cînd la nivelul scris-cititului apar tulburări dislexo-digrafice, sau la nivelul calculului se instalează discalculiile.

O altă cauză care poate conduce la insucces școlar ține de instabilitatea psihică a copilului ce se manifestă printr-o capacitate redusă de concentrare a atenției, mobilizarea greoaie pentru activitate, dificultăți în fixarea scopurilor clare, dificultăți în anticiparea și înțelegerea situațiilor complexe. Acești factori determină un tip de insucces școlar bazat pe stări anxioase în care fobia față de școală influențează structurarea personalității și comportamentul copilului. Predominarea în timp a anxietății generează neliniște și panică, reacții emoționale exagerate, și labilitate afectivă, fatigabilitate și cefalee. Pe un asemenea fond se instalează perturbări caracteriale și de inadaptare, ca forme evidente ale handicapurilor de comportament.

Inadaptarea nu se reduce numai la cea de tip școlar; ea poate cuprinde toate sferele activității și relațiile umane implicate. După unii autori (C. Gonnet) există trei categorii principale de copii inadaptați:

1. inadaptații psihic (cuprinzînd handicapații de intelect);
2. inadaptații fizic (cuprinzînd handicapații senzoriali);
3. inadaptații sociali (cuprinzînd delicvenții, psihopații și psihoticii).

Așadar, inadaptarea se raportează la particularitățile psihoindividuale și la factorii de mediu fără să se neglijeze vîrsta subiecților. Astfel, la copiii școlari mici conduitele deviante, ce cad sub incidența inadaptării, sînt puerile ca manifestare, iar la puberi și adolescenți se adaugă un spectru mai larg din care nu lipsește dorința de spectacular. Și la unii și la alții se pune problema adaptării la activitate și la normele ce guvernează colectivitățile. Din această perspectivă *se poate vorbi de mai multe feluri de adaptare: adaptare dificilă (tensionată), adaptare bună (confortabilă), inadaptare și dezadaptare (cînd adaptarea devine dezorganizată)* care toate se structurează pe forme de modele tipologice ale conduitelor adaptive (U. Schiopu, E. Verza).

În timp ce la vîrsta copilăriei predomină formele inadaptării școlare, cu timpul se instalează și dificultăți în adaptarea profesională și socială. Aceste dificultăți își pun amprenta asupra întregului versant al personalității și se ajunge la stabilizarea handicapurilor comportamentale. Sînt și forme ușoare sau incipiente ale conduitelor inadecvate care, adesecri, trec neobservate pentru că nu afectează în mod nemijlocit relațiile copilului cu cei din jur, dar cînd acestea se amplifică și se extind la cît mai multe situații, ele devin evidente și afectează dezvoltarea în ansamblu a persoanei. În acest din urmă caz sînt prezente tulburări ale afectivității, ale caracterului și ale sociabilității. Dominantă este imaturitatea afectivă ce iradiază în toate compartimentele vieții psihice și poate fi de tipul hipo sau hipertimiei, imprimînd caracteristici distinctive subiectului (autism, solitudine, sociopatie).

La toate cele de mai sus trebuie remarcat că handicapurile de comportament, cu efectele caracteristice în plan școlar și social, îmbracă forme specifice în deprivarea auditivă, vizuală și motorie (la cea de intelect ne-am referit deja). O asemenea disfuncționalitate impietează asupra dezvoltării personalității copilului prin întreruperea sau reducerea activității, prin sărăcirea conținutului stimulărilor senzorial-perceptive și prin diminuarea contactului copilului cu mediul înconjurător; atunci cînd privarea apare brusc se produc modificări comportamentale pe un spectru larg și de mare profunzime, dar în condiții securizante, cu timpul aria lor se restrînge. Neliniștea, teama, nervozitatea, irascibilitatea, dezorientarea se diminuează cînd există suportul afectiv necesar din partea persoanelor apropiate și cînd la nivelul școlii se stabilesc relații bazate pe înțelegere și de facilitare a afirmării copilului.

3. MĂSURI PSIHOPEDAGOGICE DE PREVENIRE ȘI DE EDUCAȚIE ÎN HANDICAPURILE DE COMPORTAMENT. CONTRIBUȚIA EDUCATOAREI ȘI ÎNVĂȚĂTOAREI LA INTEGRAREA ÎN VIAȚĂ A HANDICAPAȚILOR

Sînt deosebit de importante măsurile psihopedagogice de prevenire a handicapurilor de comportament deoarece asemenea demersuri se realizează cu mai puține eforturi și îl scutesc pe copil de multe din neajunsurile ce le implică, asigurîndu-i, totodată, dezvoltarea armonioasă a personalității. În condițiile cînd totuși se produc devieri ale conduitei sînt necesare, de timpuriu, intervenții educaționale cu caracter recuperativ-corectiv, pentru a nu permite cronicizarea acestora și structurarea unor deprinderi negative. Și într-un caz și în altul, alături de familie, educatoarea și învățătoarea au un rol fundamental. Începînd cu exemplul lor personal, și terminînd cu atitudinile pline de tact influențează copilul, mai întîi prin imitarea comportamentului adultului, iar ulterior prin înțelegerea acestuia, adoptă transparențe pentru situațiile ivite. Astfel, se pot desprinde faze ale procesului educațional ce vor fi raportate la particularitățile psihoindividuale și de vîrstă ale copiilor. Fazele implică demersuri pedagogice clare și de antrenare a copilului în activități care să permită afirmarea sa.

O primă fază constă în crearea unui confort psihic, la nivelul colectivului, în care să se acorde importanță *componentei afectiv-motivaționale,* stimulîndu-se, pe de o parte, sensibilitatea copilului și receptivitatea sa față de trăirile celorlați, iar pe de altă parte, să se dezvolte motivații complexe pentru activitate și pentru îndeplinirea scopurilor ce le presupune aceasta. Se are în vedere formarea *maturității în raporturile colective și școlare* în care relațiile inter-personale și activitățile organizate contribuie la dezvoltarea personalității copilului.

Între procesul de dezvoltare psihică și activitate, în general, și cea de tip școlar, în special, se realizează o strînsă interdependență. Rezultatele obținute, calitatea finalizării acțiunilor sînt dependente de nivelul dezvoltării psihice, nivel ce este influențat, la rîndul său de conținutul și forma activității. De aceea trebuie înlăturate variabilele aleatorii pentru a evita factorii inadaptării și adoptarea variabilelor controlabile, în vederea dirijării copilului spre scopuri și interese cît mai bine conturate. Pentru aceasta educatorul vizează cunoașterea factorilor intelectuali și nonintelectuali ai personalității copilului, punîndu-l pe acesta în postura de a efectua acele activități în care el poate da un randament maxim. Prin aceasta se ajunge la o altă fază și anume de dezvoltare a *componentei intelectual-cognitive.* Ea este deosebit de activă în școală, ca urmare a organizării proceselor intelectului și a achizițiilor complexe, dar bazele ei se pun în perioada preșcolară. O dată cu însușirea de noi

experienţe, de stăpînire a operaţiilor instrumentale, de calcul etc. elevul capătă satisfacţie şi îşi probează capacităţile de care dispune.

Faza ultimă la care ne referim constă în reconsiderarea *componentei sociale*, dată fiind importanţa relaţiilor şi a locului ocupat de copil la nivelul grupului din care face parte. Aparent neimportantă pentru unii învăţători, această componentă poate avea caracteristici de implicare a elevului în viaţa şcolară şi de coeziune a colectivului sau dimpotrivă, de dezangajare şi ostilitate faţă de cei din jur, care se repercutează asupra atitudinii în raport cu învăţarea. Colectivele relativ omogene şi care întreţin un climat afectiv fără tensiuni stimulează pe elevi la învăţătură şi contribuie la dezvoltarea conştiinţei de sine.

Desigur, în procesul educaţional aceste faze se corelează, iar unitatea şi eficienţa lor depind de măiestria pedagogică a educatorului. Demersul organizat trebuie să înceapă din grădiniţă, prin imprimarea activităţilor ludice a unui caracter de influenţare pozitivă şi de stimulare a dezvoltării componentelor enunţate mai sus. La acestea se adaugă acţiunile de cunoaştere, de dezvoltare a comunicării şi de socializare, care urmăresc formarea intereselor cognitive şi a atitudinilor adaptative. Achiziţiile respective se valorifică în şcoală pe un plan superior cînd copiii sînt ajutaţi să înţeleagă corect situaţiile şi să depună efort pentru depăşirea momentelor dificile ce se pot ivi. Stimularea psihică şi intervenţia educatorului trebuie să fie permanente, prevenind momentele de derută ale copilului şi creînd situaţii de afirmare a personalităţii sale, de înlăturare a fenomenelor de inadaptare şi de a corecta orice abatere de la conduitele normale, de a asigura dezvoltarea comportamentelor integrative în viaţa şcolară şi socială.

TEME DE CONTROL

1. Analizaţi principalele cauze care pot provoca handicapurile de comportament şi raportaţi-le la vîrsta copilului.

2. Descrieţi formele interne şi manifestările exterioare ale handicapurilor de comportament.

3. Care sînt efectele mai importante ale handicapurilor de comportament în viaţa şcolară şi socială.

4. Precizaţi măsurile psihopedagogice de prevenire a fenomenelor de inadaptare şi de educaţie a handicapaţilor de comportament.

CUPRINS

Capitolul I

Obiectul și metodele psihopedagogiei speciale. Locul psihopedagogiei speciale în cadrul științelor psihopedagogice 3
1. Obiectul și locul psihopedagogiei speciale în cadrul științelor psihopedagogice 3
2. Delimitări conceptuale 5
3. Metodele psihopedagogiei speciale . . . 9

Capitolul II

Specificul activității psihice și evoluția ei la handicapații de diferite categorii 10
1. Dezvoltare și regres în activitatea psihică 10
2. Dezvoltarea psihică la supradotați 11
3. Cunoașterea și caracterizarea copilului concretizate în fișa psihopedagogică 13

Capitolul III

Handicapul de intelect 21
1. Problematica psihopedagogiei handicapaților de intelect 21
2. Etiologie și clasificare în handicapurile de intelect . 24
3. Simptomatologie și structură în sindroamele handicapului de intelect 26

Capitolul IV

Caracteristicile funcțiilor și proceselor psihice la handicapații de intelect 29
1. Specificul funcțiilor și proceselor psihice în diferite forme de activitate 29
2. Limite și perspective în recuperarea handicapaților de intelect 33

Capitolul V

Organizarea procesului instructiv-educativ pentru handicapații de intelect 38
1. Aspecte psihopedagogice ale organizării unităților speciale. . . . 38
2. Activitatea corectiv-recuperativă și de integrare socio-profesională a handicapaților de intelect 41

Capitolul VI

Handicapul de auz 44
1. Problemele surdopsihologiei și surdopedagogiei 44
2. Cauzele și clasificarea handicapurilor de auz 46
3. Caracteristicile funcțiilor și proceselor psihice la handicapații de auz 48
4. Probleme ale protezării 52

Capitolul VII

Organizarea procesului instructiv-educativ pentru handicapații de auz . . 54
1. Metodologia demutizării și organizarea unităților speciale . . . 54
2. Problemele recuperării biologice, psihice și sociale 56
3. Specificul integrării socio-profesionale 58

Capitolul VIII

Handicapul de vedere . . . . . .
1. Problematica tiflopsihologiei și tiflopedagogiei . .
2. Etiologia și clasificarea handicapurilor de vedere . .
3. Caracteristicile funcțiilor și proceselor psihice
4. Specificul protezării și compensării . .

Capitolul IX

Organizarea procesului instructiv-educativ pentru handicapații de vedere.
1. Problematica psihopedagogică a învățării scris-cititului în Braille. .
2. Dezvoltarea funcțiilor de orientare spațială și în timp la handicapații de vedere . . . . . .
3. Specificul integrării socio-profesionale . . . . . .

Capitolul X

Handicapurile de limbaj . . . . . .
1. Constituirea logopediei ca știință . . . . . .
2. Importanța teoretică și practică a logopediei . . .
3. Etiologia și clasificarea handicapurilor de limbaj . .
4. Descrierea principalelor handicapuri de limbaj . . . .
4.1 Tulburări de articulație sau de pronunție . . . . .
4.2 Tulburările de ritm și fluență . . . . . .
4.3 Tulburări de voce . . . . . .
4.4 Tulburările limbajului citit-scris . . . . . .
4.5 Tulburările polimorfe . . . . . .
4.6 Tulburările de dezvoltare a limbajului . . . . . .
4.7 Tulburările limbajului bazate pe disfuncțiile psihice . .

Capitolul XI

Terapia handicapurilor de limbaj . . . . . .
1. Metode și procedee cu caracter general . . . . . .
1.1 Educarea respirației și a echilibrului dintre expirație și inspirație .
1.2 Dezvoltarea auzului fonematic . . . . . .
1.3 Dezvoltarea motricității generale și a mișcărilor fonoarticulatorii .
1.4 Educarea personalității și înlăturarea negativismului . . .
2. Metode și procedee specifice logopedice . . . . . .
3. Relația dintre limbaj-comportament-personalitate . . .

Capitolul XII

Handicapurile de motricitate și psihomotricitate . . . . . .
1. Etiologia și manifestare în handicapurile fizice . . . . .
2. Clasificarea handicapurilor fizice . . . . . .
3. Specificul terapiilor corectiv-recuperative și problemele protezării. .

Capitolul XIII

Handicapurile de comportament . . . . . .
1. Cauzele și formele handicapurilor de comportament . . .
2. Efectele handicapurilor de comportament în plan școlar și socio-profesional . . . . . .
3. Măsuri psihopedagogice de prevenire și de educație în handicapurile de comportament. Contribuția educatoarei și învățătoarei la integrarea în viață a handicapaților . . . . . .